СОВЕТСКОЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕ

4

МЕДГИЗ — 1958 — МОСКВА

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ СССР

СОВЕТСКОЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕ

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ:

М. В. ХОМУТОВ (редактор),
Н. А. АЛЬБОВ, Е. Д. АШУРКОВ, Г. Н. БЕЛЕЦКИЙ, Н. А. ВИНОГРАДОВ (зам. редактора), *В. Л. ДЕРЯБИНА, Ф. Г. ЗАХАРОВ, Г. Ф. КОНСТАНТИНОВ, З. С. МАЙОРОВА, К. В. МАЙСТРАХ, И. А. ПАШИНЦЕВ, Б. Д. ПЕТРОВ, В. П. ПОХВАЛИН, И. Б. РОСТОЦКИЙ* (секретарь)

4

АПРЕЛЬ

ГОД ИЗДАНИЯ XVII

ГОСУДАРСТВЕННОЕ ИЗДАТЕЛЬСТВО МЕДИЦИНСКОЙ ЛИТЕРАТУРЫ
МЕДГИЗ ☆ 1958 ☆ МОСКВА

ИСТОРИКО-МЕДИЦИНСКАЯ РАБОТА В СССР

Сорокалетие Великой Октябрьской социалистической революции, отмеченное как народами нашей страны, так и всем передовым человечеством, показало огромные достижения социалистического строительства, в том числе достижения здравоохранения и медицинской науки. Нет ни одной отрасли медицинских знаний, в которой не сказалось бы положительное значение строительства социализма. Вопросам достижений советской медицины и здравоохранения было посвящено около 300 статей и обзоров, помещенных в журналах в 1957 г.

Крупным вкладом в историю здравоохранения и медицины является большой коллективный труд «40 лет советского здравоохранения» (главный редактор М. Д. Ковригина), в котором даны исчерпывающие материалы о выдающихся успехах здравоохранения, о достижениях в области охраны здоровья женщин и детей, в области борьбы с эпидемическими заболеваниями и других достижениях медицинской науки. В этом капитальном труде показана взаимная связь между развитием медицинской науки и успехами здравоохранения. Обстоятельный раздел «Медицинская наука» ярко показывает широкий фронт исследований советской медицинской науки.

В большинстве историко-медицинских работ, посвященных советскому периоду, подчеркивается роль и значение решений XX съезда КПСС для развития медицинской науки. В свете этих решений на основе анализа проделанного необходимо выявить новые возможности развития науки, наиболее успешные пути решения вопросов, выдвигаемых жизнью.

Историко-медицинская работа в СССР расширяется год от года. За последнее время на историко-медицинском фронте произошло немало событий, показывающих, что все большее число врачей и ученых принимает участие в историко-медицинской работе. Кафедры истории медицины, научно-исследовательские институты и отдельные исследователи за 1956—1957 гг. опубликовали свыше 100 книг и большое число статей, обогащающих представление о прошлом медицинской науки и здравоохранения.

Большой историко-медицинский материал опубликован в многочисленных учебниках и руководствах. Особо следует отмегить лекции, изданные Ф. Р. Бородулиным, П. Е. Заблудовским и А. Г. Лушниковым. Много исторических данных помещено в статьях Большой Советской Энциклопедии и второго издания Большой Медицинской Энциклопедии.

Накапливаются значительные материалы, опубликованные в отдельных научных трудах, освещающие частные вопросы развития тех или иных дисциплин, историю того или иного открытия. Вместе с этим все чаще встречаются обширные труды, подводящие итоги многочисленным работам и дающие представление о развитии отдельных дисциплин в целом. К таким работам надо отнести книгу проф. Д. Д. Федотова «Очерки по истории отечественной психиатрии» (т. I, М., 1957), являющуюся серьезным вкладом в историю этой сложной дисциплины.

Следует отметить также выход в свет книги «Очерки истории здравоохранения СССР (1917—1956)» (М., 1957), под редакцией М. И. Барсукова, написанной коллективом Института организации здравоохране-

ния и истории медицины имени Н. А. Семашко Министерства здравоохранения СССР.

Надо полагать, что публикация «Очерков» поможет созданию серьезных трудов, посвященных истории советской медицины.

Продолжают издаваться избранные труды корифеев отечественной медицины. В частности, вышел первый том Собрания сочинений Н. И. Пирогова. Эти хорошо оформленные и снабженные приложениями (библиография, указатели, хронологические таблицы) издания позволяют широким кругам читателей ближе познакомиться с деятельностью великих врачей прошлого.

По-прежнему широко отмечаются советской общественностью и литературой знаменательные даты истории медицины, статьи, брошюры, книги, выходящие в связи с этим, открывают все новые и новые интересные факты истории отечественной медицины.

Особенно широко было отмечено 125-летие со дня рождения С. П. Боткина. Во многих городах Советского Союза были проведены торжественные заседания, доклады и лекции. Очень интересный, насыщенный новыми материалами номер посвятил С. П. Боткину журнал «Клиническая медицина».

Значительно расширили и оживили свою деятельность Московское и Ленинградское общества историков медицины. Многочисленные доклады, обсуждающиеся на заседаниях обществ, основываются на новых архивных материалах и открывают неизвестные ранее страницы прошлого. Большой интерес представляют и прения по докладам, в которых высказываются различные точки зрения, определяются новые решения историко-медицинских задач.

Значительно усилилась историко-медицинская работа в союзных республиках, в частности много новых трудов появилось за последнее время на Украине. Особенно интересен только что вышедший новый том «Матеріали до історіі развитку охорони здоровія на Украіні» (на украинском языке) под редакцией К. Ф. Дупленко. Этот том является продолжением первого тома, вышедшего в 1954 г., и содержит много ценных и интересных публикаций.

В Грузии вышел первый том «Истории медицины Грузии» на грузинском языке, написанный проф. М. Г. Саакашвили. Вклад грузинских медиков в историю медицины очень велик и знакомство с этим трудом широких кругов читателей интересно не только само по себе, но и поможет созданию соответствующих трудов в других национальных республиках. Потому особенно важным представляется издание книги проф. М. Г. Саакашвили и на русском языке.

В Риге состоялась конференция по истории медицины, связанная с юбилеем старейшего Виленского университета и его медицинского факультета. В многочисленных докладах конференции была показана выдающаяся деятельность медиков Литвы и других Прибалтийских республик. Такого рода конференции, посвященные истории медицины и здравоохранения республик, городов, краев, очень полезны. Можно представить, как много интересного было бы доложено на подобных конференциях в Киеве, Харькове, Тбилиси, Одессе, Баку, Минске.

Значительно оживилась в последнее время историко-медицинская работа в Казахстане. Организовалось Казахстанское общество историков медицины. Г. П. Исаевым выпущены два библиографических сборника, причем последний под названием «История медицины и здравоохранения Советского Казахстана» (Алма-Ата, 1957) охватывает около 500 работ. Такие справочники расширяют возможности углубленного изучения истории медицины, и желательно издание их и в других республиках.

Следует отметить многочисленную и ценную историко-медицинскую литературу, изданную на периферии. В Чебоксарах вышла интересная книга проф. А. М. Аминева «Участковый хирург К. В. Волков», посвя-

щенная известному практическому врачу и общественному деятелю К. В. Волкову. В Чите напечатана работа В. В. Казимирова «По следам забытой жизни» — о жизни и деятельности выдающегося эпидемиолога И. С. Дудченко. Рядовые врачи, «маленькие великие люди», заслуживают пристального внимания, их скромный труд, их каждодневные подвиги, их забота о здоровье народа должны быть тщательно изучены. Нельзя считать правильным, что книги, посвященные этим врачам-подвижникам, насчитываются пока единицами.

Новое и ценное явление — оживление в области библиографической работы, без которой нельзя вести плодотворную историческую работу. Все чаще выходят библиографические справочники, посвященные отдельным разделам медицины и истории медицины. Вышло несколько библиографических трудов, посвященных диссертациям. Огромное научное богатство в виде диссертаций, зачастую неопубликованных и находящихся в архивах дореволюционных медицинских факультетов и институтов, становится тем самым известным читателям.

Надо отметить выход первого тома капитального труда проф. Д. М. Российского «История всеобщей и отечественной медицины и здравоохранения. Библиография (996—1954 гг.)». В настоящее время медицинским издательством подготавливается второй том этого труда, облегчающего тысячам читателей нахождение редких, малоизвестных историко-медицинских монографий, статей и брошюр. Остается пожелать, чтобы труд Д. М. Российского в возможно более короткий срок увидел свет.

За последнее время приобрели права гражданства историко-медицинские диссертации (кандидатские и докторские). Число их значительно увеличилось, а качество из года в год повышается, хотя изредка еще встречаются диссертации, написанные на невысоком научном уровне.

Известные положительные сдвиги можно отметить и в музейно-выставочном деле. По инициативе руководителя курса истории медицины Горьковского медицинского института В. И. Дмитриевой открылся музей истории медицины в городе Горьком. В этом музее сосредоточены многочисленные материалы, посвященные выдающимся деятелям медицины и здравоохранения бывшего Нижегородского края. Конференция по истории медицины, созванная Горьковским медицинским институтом, заслушала несколько десятков докладов, показавших огромную работу, проделанную практическими врачами и учеными как в дореволюционное, так и в советское время.

Следует приветствовать решение правительства Латвийской ССР, предоставившего музею истории медицины, созданному известным латвийским хирургом, историком медицины и общественным деятелем проф. П. И. Страдынем, четырехэтажное здание, а также выделившего средства для этого в высшей степени ценного учреждения.

Расширяет свою работу замечательный Военно-медицинский музей Министерства обороны СССР, ведущий огромную работу по собиранию и экспонированию исторических документов. Начата публикация трудов музея—первые работы очень удачны, и хочется пожелать успеха этому начинанию. Необходимо, чтобы и другие музеи и выставки по истории медицины энергичнее вели свою работу как по собиранию, так и по публикации исторических данных.

Расширились международные связи советских историков медицины, наладилась переписка, обмен литературой и информация, укрепились контакты, установленные на XIV Международном конгрессе историков медицины в Риме в 1954 г. и на XV Международном конгрессе историков медицины в Мадриде в 1956 г.

Большое международное значение имел VIII съезд историков медицины Польши в Варшаве летом 1957 г., в котором приняли участие историки медицины стран народной демократии. Большое число докладов

польских историков было насыщено фактами из истории медицины Польши и показало, какая обширная работа ведется нашими польскими товарищами. Заслуги многочисленных польских ученых, их выдающийся вклад в историю медицины впервые получают объективное и полное освещение. В СССР издан труд проф. Б. С. Скаржинского (Краков) «История медицины Польши», дающий возможность советским читателям познакомиться с заслугами польских ученых.

На съезде с большим интересом был заслушан доклад Б. Д. Петрова «Об историко-медицинской работе в СССР» и доклад проф. М. И. Барсукова «Великая Октябрьская социалистическая революция и создание советской медицины».

Международным связям в области истории медицины поможет Советское национальное объединение историков естествознания и техники, которое насчитывает 23 секции по разным отраслям знания. Объединение вошло в Международный союз по истории и философии науки. В объединении создана секция истории медицины, начавшая свою работу. В первые же недели несколько десятков советских медиков Москвы, Ленинграда, Тбилиси, Риги, Алма-Аты, Горького, Вологды и других городов подали заявления о желании участвовать в работе секции. Предполагается разработка докладов, рецензионная, популяризаторская, библиографическая и другие работы.

Следует отметить, что изданный в 1954 г. первый том книги «История медицины. Материалы к курсу истории медицины», написанный коллективом сотрудников Института организации здравоохранения и истории медицины имени Н. А. Семашко, вышел в 1957 г. в двух переводах: на немецком и китайском языках.

Необходимо указать на ряд недостатков в преподавании истории медицины в медицинских институтах. Наиболее серьезный из них — недостаточное количество часов, уделяемых в учебных планах на изучение истории медицины. Следует высказать пожелание Министерству здравоохранения СССР, чтобы число часов было увеличено, так как в настоящее время почти невозможно в рамках курса изложить даже узловые вопросы истории медицины. Тем не менее опыт лучших кафедр показывает, что имеются большие возможности для расширения историко-медицинского образования будущих врачей. Кафедры истории медицины в Томском медицинском институте (зав.— проф. Н. П. Федотов), в Тбилисском медицинском институте (зав.— проф. М. Г. Саакашвили), во II Московском медицинском институте (зав.— проф. М. П. Мультановский) давно и с успехом выходят за пределы курса. Выставки, приуроченные к юбилейным датам, доклады, лекции, конференции, работа научно-исследовательских кружков, разработка диссертаций на историко-медицинские темы, широкое использование стенгазет и многотиражек, наконец, расширение историко-медицинского преподавания на всех других специальных кафедрах оказывают им огромную помощь в этом отношении. Все эти пути можно рекомендовать и другим медицинским институтам. Важно довести до сознания и студентов, и преподавателей, что исторический метод облегчает усвоение и преподавание. Несравненно легче овладеть предметом, если знакомиться с ним, помня об истории его развития. Легче вести преподавание, если факты, имена ученых, их заслуги и научные открытия освещать не разрозненно, а в исторической связи, подчеркивая преемственность и историю борьбы нового со старым.

Роль кафедр истории медицины не должна сводиться только лишь к чтению курса и проведению семинарских занятий, она может быть значительно шире. Исторический опыт должен быть привлечен для освещения задач сегодняшнего дня, для решения очередных задач.

Советкая общественность проявляет все более живой интерес к прошлому медицинской науки, все более широкие круги рядовых врачей, студентов, ученых принимают участие в этом важном деле. Однако не-

достатков, к сожалению, еще очень много: работы по-прежнему ведутся беспланово — отсутствует руководящая роль Академии медицинских наук, по-прежнему во многих научно-медицинских обществах не интересуются историей медицины. Наряду с журналами, уделяющими внимание славному прошлому медицины и здравоохранения в нашей стране, имеются журналы, полностью отошедшие от этого.

За последнее время Медгиз ослабил свою руководящую роль в издании историко-медицинских работ. Даже принятые к печати рукописи годами лежат без движения. Ясно, что такое отношение Медгиза не способствует ни выращиванию авторских кадров, ни решению трудных задач по созданию многотомника по истории медицины СССР и крайне необходимых учебников.

В настоящее время на первый план выдвигаются задачи разработки истории медицины и истории здравоохранения советского периода. К 40-летию Великой Октябрьской социалистической революции были опубликованы многочисленные и ценные материалы, показывающие историю развития советского здравоохранения в целом и развитие отдельных медицинских дисциплин. Опубликовано значительное число работ, посвященных истории кафедр, институтов, обществ, деятельности выдающихся советских медиков. Необходимо продолжить эту работу — обобщить ее, показать развитие советской медицины во всех аспектах, чтобы приблизиться к решению основной задачи создания обстоятельной, детальной истории советской медицины.

Недостатком значительной части историко-медицинских исследований, в частности относящихся к советскому периоду, является поверхностность, упрощенчество, иногда примитивный подход, неуменье вскрыть главные, существенные стороны описываемого явления, его движущие силы. Не принимается во внимание диалектика развития, дается фотографический снимок в то время, как необходимо показать процесс развития. Руководствуясь ленинским принципом партийности, советские историки медицины должны изучать прошлое медицины и здравоохранения в тесной связи с идеологической борьбой в естествознании, философии, общественных движениях и науке вообще. Приукрашивание истории, национальная ограниченность, забвение роли и заслуг деятелей других стран и народов должно быть решительно отброшено.

К сожалению, все еще имеет место идеализация прошлого. Не следует думать, что с таким искажением исторической действительности, с некритичным любованием прошлым можно бороться запрещением или приказом. Необходима творческая, глубокая разработка истории советской медицины и ее достижений. Чем лучше будет разработана история советской медицины, тем яснее будет истинное место достижений прошлого. Для расширения историко-медицинской работы и повышения ее уровня необходим ряд условий.

Первое и основное — развертывание критики. Нельзя считать правильным, что не только научные работы, напечатанные в журналах и сборниках, но и книги, брошюры, монографии не обсуждаются в печати. Ничего, кроме вреда, не приносит такое умалчивание достоинств и недостатков работ, заслуг и ошибок исследователей. В результате на хорошие работы, содержащие новые материалы и идеи, дающие новую, более правильную трактовку событиям прошлого, внимание читателей не обращается, и значительные круги научных работников не знают о них. Особенно это относится к работам, изданным на периферии.

Приходится сожалеть о том, что сессии, конференции и собрания научных обществ в подавляющем большинстве случаев проходят мимо историко-медицинской литературы.

Нельзя в этом плане признать правильной и позицию некоторых медицинских журналов, которых сейчас насчитывается свыше 50. Не занимаясь критикой литературы по истории медицины, по истории соответ-

ствующей специальности, редколлегии этих журналов не думают об интересах своих читателей и оказывают плохую услугу авторам.

По-прежнему отстает разработка методологических и методических вопросов истории медицины, несмотря на неясность этих вопросов. Периодизация в истории медицины и истории отдельных медицинских дисциплин, роль отдельных открытий и их влияние на развитие медицины, участие в этом широких кругов врачей — эти и многие другие вопросы нуждаются в разработке.

Необходима подготовка через аспирантуру молодых кадров историков медицины. Подготовка кадров «самотеком», беспланово, не может дать нужных результатов. Опыт подготовки историков медицины через аспирантуру имелся и полностью оправдал себя. На кафедрах I и II медицинских институтов Москвы и на ряде других кафедр, в особенности там, где полноценно работают кафедры истории медицины, были подготовлены квалифицированные кадры молодых историков, ныне успешно работающих. Эту практику необходимо возобновить.

Следует пожелать, чтобы историки медицины активно включались в деятельность родственных организаций, принимали участие в конференциях историков, участвовали в работе многочисленных исторических журналов СССР. Приходится пожалеть о том, что в капитальных исторических работах, выходящих в СССР, почти не освещена история медицины. Это относится к таким работам, как «История культуры древней Руси», «История Ленинграда», «История Москвы», «Всемирная история». Как известно, в ближайшие годы историки будут заняты созданием коллективного труда по истории Великой Отечественной войны. Будет усилена работа по созданию очередных томов «Истории гражданской войны». Хотелось бы, чтобы в этих трудах, освещающих героические подвиги советского народа, нашло свое место и освещение деятельности медиков.

Историки медицины все еще очень разобщены. В их объединении особую и важную роль должны сыграть ежегодные сессии Института организации здравоохранения и истории медицины имени Н. А. Семашко. Эти сессии должны быть не только трибуной, с которой оглашаются результаты новых историко-медицинских работ. Роль их очень важна для решения наиболее сложных методологических и методических вопросов, для обмена опытом.

Нет необходимости указывать на другие, нередко важные, задачи — необходимость усиления борьбы с буржуазной, идеалистической методологией, необходимость увеличения исследований в области истории медицины зарубежных стран, в частности восточных (Китая и Индии). Задачи эти ясны.

Решения XX съезда партии, осудившего догматизм и вредные последствия культа личности и нацелившего советских ученых на дальнейшее творческое развитие марксизма-ленинизма, открыли перед историками медицины в СССР широкие возможности. Можно выразить уверенность в том, что ответом будут новые творческие успехи историков медицины.

ИЗ ИСТОРИИ КИТАЙСКОЙ НАРОДНОЙ МЕДИЦИНЫ

Проф. В. Г. ВОГРАЛИК (Горький)

«Китай является одним из государств мира, обладающих наиболее древней культурой. Засвидетельствованная письменными памятниками история Китая насчитывает почти четыре тысячи лет» [1],— пишет Мао Цзэдун о китайской культуре.

[1] Мао Цзэ-дун. Избранные произведения. Т. 3, М., 1953, стр. 137.

Это относится и к китайской медицине. Истоки ее теряются в глубокой древности. Вначале чисто эмпирически, в процессе познания явлений природы накапливались сведения о полезном и вредном. В течение многих веков врачи собирали и совершенствовали народный опыт. Свои познания они сохраняли и передавали потомству как устно, так и путем записи в медицинских книгах — «И-Шюэ-Шу».

Самоотверженный труд народных врачей сделал их профессию в высшей степени популярной и почетной в Китае и способствовал плодотворному развитию самобытной китайской медицины.

Хозяйничание империалистов в Китае существенно затормозило рост национальной медицины. Даже после освобождения страны от иностранной зависимости и гоминдановского режима в руководстве Министерства здравоохранения КНР были люди, отрицавшие значение отечественной медицины и препятствовавшие ее развитию.

Только после специального решения ЦК КПК (октябрь 1954 г.) была проведена большая разъяснительная работа, после чего положение дела изменилось — китайской народной медицине было отведено заслуженное место, и начался процесс углубленного ее изучения и научной разработки. 19 декабря 1955 г. в Пекине был открыт Центральный научно-исследовательский институт китайской медицины. Создаются его филиалы, открываются многочисленные, прекрасно оборудованные поликлиники и больницы народной медицины, в которых работают и современные дипломированные врачи; в штаты современных лечебно-профилактических учреждений, исследовательских и медицинских институтов входят народные врачи и т. д. В составленном в 1956 г. 12-летнем плане научно-исследовательской работы КНР большое место отведено и разработке медицинских проблем.

Многое уже сделано, однако еще больше предстоит сделать. В частности, не проведен еще углубленный научный анализ всего пути и движущих сил развития китайской медицины, нет еще научной периодизации истории медицины (существующая периодизация идет по господствовавшим династиям) и анализа исторических материалов, который часто сводится к перечислению имен ученых и написанных ими книг, не показана роль народа и народных врачей в истории национальной медицины. Все это понимают китайские историки. Это же было подчеркнуто и автором настоящей статьи в июле 1956 г. на сессии Китайской медицинской ассоциации («Чжун-Го И-Шюэ-Хуе») в докладе на тему «О методологии и методике изучения китайской народной медицины», опубликованном в «Журнале китайской медицины» — «Чжун-Хуа И-Шюэ Чжа-Цзы», 1956, № 10.

О ранних этапах истории китайской медицины приходится судить преимущественно по дошедшим до наших дней легендам, преданиям, материалам раскопок и сохранившимся историческим памятникам. Одна из таких легенд, относя возникновение медицины в Китае к далекому прошлому, связывает ее зарождение с именем полулегендарного императора Хуан-Ди, приписывая ему и первую книгу по медицине, так называемую «Книгу первого императора» — «Хуан-Ди Нэй-Цзин». Фактически она была написана значительно позже — по-видимому, в конце эпохи Чжоу, в царствование династии Чжень-го или даже династии Чин, т. е. приблизительно в III веке до н. э. Несомненно, она не принадлежит перу одного человека, а обобщает народный опыт многих веков. Это был период объединения прежде разрозненной страны в единое централизованное государство; период развития экономики и расширения торговых связей со странами Востока, Индией, Средней Азией, а затем и Римом; период развития науки, философии и культуры вообще. Не удивительно поэтому, что именно в это время была предпринята работа и по обобщению опыта, накопленного за многие столетия и в области медицины.

Стремление понимать, определять и лечить болезни, так же как и стремление поддерживать здоровье, возникло давным-давно. Вместе с пе-

реходом от бродячего образа жизни к оседлому, от рыболовства и охоты к скотоводству и земледелию, от каменного века к железному, от рабовладельческого строя к феодализму медицина значительно продвигается вперед. Создается учение о пяти субстанциях мира («У-Син»): вода, земля, дерево, огонь, металл и их взаимодействии. Создается учение о двух движущих миром началах: активном («Ян») и пассивном («Инь»). Накапливаются сведения о многих лекарственных веществах растительного, животного и минерального происхождения. С укреплением власти императора создается «Медицинский Приказ» — государственное учреждение, обслуживающее императорский двор и решающее в известной мере общие вопросы здравоохранения в стране. Намечается специализация врачей: педиатры, терапевты (лечащие все внутренние заболевания), хирурги (лечащие все наружные заболевания) и т. д. Квалификация врачей оценивается по числу излечиваемых больных: если излечивает всех — хороший врач, 9 больных из 10 — средний, 6 из 10 — плохой.

В «Книге первого императора» сформулированы основные задачи медицины. Они «состоят в том, чтобы излечивать больных и укреплять здоровье здоровых». Болезни бывают от внешних причин (травма, отравление, «6 чересчур»: ветер, холод, зной, сырость, сухость, огонь) и от внутренних причин («7 настроений»: радость, гнев, грусть, скука, горе, боязнь, испуг). Болезни подразделяются по совокупности их проявлений, по болезненным синдромам. Распознавать болезни можно путем расспроса больного; осмотра лица, языка, общего сложения, походки, поведения, основных «окон» тела: ноздрей, ушей, глаз, рта; путем выслушивания звука голоса и дыхания больного; путем обоняния исходящих от него запахов и опробования его мочи; путем исследования пульса. Лечить больных надо естественными средствами природы, комплексно, индивидуально, исходя из обнаруженного синдрома болезни и индивидуальных симптомов. Правильный режим и питание имеют большое лечебное и профилактическое значение. Смерть устанавливается на основании прекращения внешних проявлений жизни, прекращения движения поднесенной к носу ватки и исчезновения пульсации на висках, лодыжках и руках.

Изучение «Книги первого императора» позволяет обнаружить в ней немало приоритетов в области важных медицинских открытий, например открытие процесса замкнутого кровообращения. Во всем мире приоритет этого открытия приписывается англичанину Уильяму Гарвею и датируется 1628 г. Между тем уже в этой ранней китайской книге написано, что «кровь, транспортирующая газы „Ян-Чи" и „Инь-Чи" и питательные вещества, находится в сосудах». Сосуды подразделяются на три вида: артерии — «Тин-Май», вены — «Ло-Май» и капилляры — «Сун-Май» (в дословном переводе на русский язык—«внучки сосудов»). «Сосуды сообщаются между собой по кругу. В нем нет начала и конца». «Кровь в сосудах циркулирует непрерывно и кругообразно,... а сердце хозяйничает над кровью».

Не менее интересным представляется приоритет в описании грудной жабы. Указывается, что боли в области сердца бывают разного происхождения и разного характера. Среди них имеется так называемый «Чжон-Син-Тун». При нем боли в области сердца очень тяжелые и если больному вовремя не оказана помощь, то он умирает. Эти боли зависят от нарушения снабжения сердца кровью. Лечить их нужно успокаивающими средствами, обезболивающими, улучшающими кровоснабжение сердца и регулирующими деятельность кишечника.

Китайская медицина вообще богата приоритетами. Именно в Китае впервые описаны рахит, сахарный диабет, корь, оспа, проказа, бубонная чума и другие болезни; именно в Китае впервые стали делаться противооспенные прививки.

«Книга первого императора» является как бы каноном китайской медицины. Выдвинутые в ней положения затем повторяются, естественно, все

более расширяясь, во всех последующих книгах по китайской народной медицине. При этом совершенно отчетливо выступает влияние на развитие медицины всего исторического развития страны, ее экономики, культуры, философии, религии — конфуцианства, даосизма, буддизма. Однако красной нитью проходит преобладающее влияние древнего материалистического учения Ван Чуань-шаня, Хуан Цзин-си, Ку Тин-линя и др.

Бянь-Цяо.

Первым китайским ученым-медиком является Бянь-Цяо, живший примерно за 500 лет до н. э. Будучи очень образованным человеком, он собрал все известное в области медицины до него (методы диагностики, лечение лекарствами, массажем, прижиганием, иглоукалыванием и т. д.) и обогатил собственным опытом. В частности, он открыл и разработал метод диагностики по пульсу, первый применил наркоз при хирургических операциях, заложил основы комплексной терапии. По преданию он написал две книги — «Нэй-Цзин» (внутренние болезни) и «Вэй-Цзин» (хирургия), не дошедшие, однако, до нас. Приписываемая ему же книга «Нан-Цзин», возможно, написана уже значительно позже его учениками. Во II веке до н. э. Чан-Гун положил начало составлению историй болезни. Это позволило не только документировать деятельность врачей, но и накапливать клинический опыт для последующей его разработки. Поскольку господствующий класс стремился к здоровью и долголетию, вопросы гигиены и профилактики заболеваний все время находились в центре внимания врачей. За открытие новых рецептов было назначено вознаграждение. Благодаря этому за короткое время накопилось более 10 000 рецептов.

В I веке до н. э. была составлена первая китайская фармакопея — «Шэн-Лун-Бянь-Цяо», содержащая описание более 300 лекарственных средств и большое количество рецептов. Особенно много в этой области потрудился Чжан Чжун-цзин, живший во втором столетии н. э. Ему же принадлежит формулировка основного принципа лечения, принятого в китайской медицине—принципа индивидуализации лечения через воздействие на симптомы болезни. Им же была написана большая книга по распознаванию и лечению лихорадочных заболеваний — «Шан Хань-Лун».

Основоположником китайской хирургии является Хуа-То, живший со 141 по 208 г. н. э. Он был крупным врачом, владевшим всеми современными методами исследования и лечения больных. Особенного совершенства от достиг в области хирургии. Операции он проводил под наркозом, для чего пользовался алкоголем, опионатами и корнем аконита. Для ускорения заживления ран он применял специальные мази. Много внимания Хуа-То уделял вопросам гигиены и профилактики заболеваний. Им была разработана система физических упражнений на основе естественных движений пяти животных — «У-Чин-Чи»: аиста, обезьяны, оленя, медведя и тигра. Трагична судьба Хуа-То. Истолковав предложение хирурга оперировать на голове заболевшего императора как покушение на его жизнь, правитель Цао-Цао казнил хирурга.

До III века н. э. запись трудов ученых и распространение их были очень затруднены. Писать приходилось путем вырезания на камне, дере-

вянных дощечках или в лучшем случае на шелке. Хотя производство бумаги было открыто в Китае в I веке н. э., практически бумагу начали применять только спустя два столетия. Это значительно облегчило труд ученых и способствовало более широкому распространению их достижений.

Хуа-То.

Крупнейшим представителем китайской медицины III века является Ван Шу-Хэ. Он много работал над методами исследования больных и главным образом над совершенствованием методики исследования пульса. Им написана основная книга по пульсовой диагностике — «Май-Цзин». Это учение затем распространилось и за границей (в Японии, Корее и т. д.) и, в частности, было воспринято арабской медициной. Авиценна, блестяще разработавший учение о пульсе, из 48 различавшихся им видов пульса 35 взял из китайской медицины. Ван Шу-Хэ очень много сделал также по разработке медикаментозной терапии и сложил так называемую «Песню о прописях». Его современник Хуан Фу-ми написал классическую книгу о лечении прижиганиями и иглоукалыванием — «Цзю-И-Цзян». Из Китая эти методы перешли в другие страны.

В последующее время широкое развитие в китайской медицине получили работы по изучению и использованию различного рода медикаментозных средств. В V веке Тао Хуан-тин переработал и значительно дополнил первую китайскую фармакопею, написанную в III веке — «Шэн-Лун-Бянь-Цао-Цзин». В VII веке Сун Сы-мяо провел огромную работу по обогащению китайской медицины новыми лекарствами, глубже изучил показания и способы их применения, написал книгу «Ценнейшие рецепты» — «Цзянь-Цзан-Фан». Народ признал его «богом лекарств» и воздвиг ему во многих городах Китая памятники и храмы; в Пекине есть 4 таких храма. Но наибольшего развития китайская фармакология достигла в трудах Ли Ши-чжэна.

Ли Ши-чжэн родился в 1518 г. в семье врача. Медицину он стал изучать довольно поздно — с 30 лет, но достиг огромных успехов. Он много путешествовал и собирал все известное о лекарствах. Им было написано 10 произведений, из которых основным является «Великий травник» — «Бянь-Цао-Ган-Му». Работа над книгой была начата в 1552 г. и продолжалась 26 лет, после чего написанное проверялось еще 10 лет. В окончательном виде книга была опубликована уже через 3 года после смерти автора — в 1596 г. Она содержит тщательное описание 1892 лекарственных средств преимущественно растительного происхождения и более 10 000 прописей. Впоследствии эта книга была переведена на многие языки, в том числе и на русский. Имя Ли Ши-чжэна записано наряду с именами великих деятелей мировой науки. Портрет его находится среди портретов гениев науки в Актовом зале Московского университета.

В IX—XII веках большого развития достигла арабская медицина, а так как между китайской и арабской медициной существовала постоянная связь, то это в свою очередь благотворно отразилось и на состоянии китайской медицины. Этому также способствовало открытие в X веке книгопечатания и начавшаяся работа по унификации, корректирова-

нию и редактированию всех старых книг. В это время и несколько позже — в 12—14 столетиях была значительно разработана теория медицины и ее практические принципы. В этой связи необходимо назвать имена Лю Ян-шу, Чжэн Цзы-хэ, Ли Дон-юаня, Чжу Дан-чи.

В эпоху династии Мин' (1368—1644) инфекционист Ю-со в книге «Вэй-Ю-Лун» высказал весьма интересную теорию эпидемических заболеваний. Он считал, что они возникают в результате действия ветра, но действия не холодом, жарой или влагой, а в результате приноса «чужих» или «злых» телец — «И-Чи», которые проникают в организм через кожу. легкие или желудок и оказывают на него вредное действие. Однако и организм не остается пассивным — он выдвигает на борьбу со «злыми тельцами» свою сопротивляемость. Задача врача заключается в том, чтобы ослабить «злые свойства чужих телец» и поднять сопротивляемость организма. Много работают инфекционисты У Ю-кхо, Е Тян-ши и др. Ртутью и мышьяком успешно лечат сифилис, чаульмугровым маслом — проказу; к медикаментозному лечению туберкулеза добавляется лечение чистым воздухом и усиленным питанием; запрещается контакт с туберкулезными больными и т. д.

XVI век является веком относительно мирной жизни Китая, спокойного развития его хозяйства. Это во многом способствовало росту медицины и организации дела здравоохранения. Охват населения врачебной помощью увеличивается, особенно на больших стройках. Так, например, во время постройки Пекина строителей обслуживало уже более 300 врачей. К XVIII веку относится составление народной медицинской энциклопедии, состоящей из 500 томов и включившей всю литературу предшествующих времен.

Подготовка врачей в Китае, начавшаяся много столетий тому назад, все более и более отходила от идей и принципов отечественной медицины и впитывала в себя иностранные влияния. Только с 1954 г. высшее медицинское образование в Китае, перестроенное по новой единой системе, вновь начало опираться на вековой опыт народной медицины. С осени 1956 г. начали функционировать 4 специальных вуза народной медицины.

Не в пример «официальной» медицине, обслуживавшей в прежние годы только высшие слои общества — «царство имущих», врачи народной медицины всегда были демократичны, и именно на их плечах лежала забота о здоровье народа. После образования Китайской Народной Республики частнопрактикующие народные врачи стали объединяться в кооперативы, а затем начали входить и в систему государственного здравоохранения. В настоящее время полумиллионная армия народных врачей ведет огромную лечебно-профилактическую работу и в то же время передает молодежи многовековой опыт народной медицины. И несомненно, что углубленное изучение этой замечательной сокровищницы многовековой культуры великого народа сможет обогатить нашу современную медицину.

Поступила 4/II 1957 г.

ИЗ ИСТОРИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ КАЗАХСТАНА

Н. Ф. КРАМЧАНИНОВ

Начальник Управления кадров Министерства здравоохранения Казахской ССР

Тяжела и бесправна была жизнь казахского народа до Великой Октябрьской социалистической революции. Нечеловеческие условия существования заставляли многих казахов продавать своих детей в рабство или бросать их на произвол судьбы.

Царское правительство всячески тормозило развитие культуры казахского народа. Вот что сообщалось в одном официальном документе: «...пограничная комиссия, опасаясь, чтобы возникающее в Орде просвещение не приняло направления противного правительству, всемерно старается препятствовать этому злу» [1].

О жизни трудящегося населения Джамбул, народный акын Казахстана писал:

«Как злое виденье встает из тумана
Страница залитого кровью замана;
По хижинам нашим чума проходила,
Да бритвою смерти аулы косила.
И оспа, печатью позорного века,
Ложилась на смуглом лице человека...»

Царское самодержавие не уделяло никакого внимания охране здоровья населения. Об этом ярко свидетельствует «бюджет» здравоохранения. На «врачебную часть» по Семиреченской области в 1886 г. было отпущено 13 тыс. руб., что составило 0,6% всех расходов по области. Народные средства правители Казахстана расточали на другие надобности. В том же 1886 г. на содержание дома и дачи военного губернатора было израсходовано 7 тыс. руб., а расходы по ведомству «святейшего синода» составили 30,8 тыс. руб. (почти в $2^1/_2$ раза больше, чем на здравоохранение).

Медицинских работников в областях было крайне недостаточно. В Семиреченской области работало всего лишь 5 уездных врачей и только в 5 селениях были фельдшеры. В Акмолинской области насчитывалось 37 врачей, но 36 из них работали в военных ведомствах и к гражданскому населению почти никакого отношения не имели. Во всех сельских населенных пунктах области было 7 фельдшеров. Необходимо при этом иметь в виду, что центром Акмолинской области был в те времена (1890) Омск и область занимала территорию, на которой теперь расположена Омская, Северо-Казахстанская, Акмолинская, Кокчетавская и Карагандинская области. В Семипалатинской области один врач приходился на 102 тыс., а один фельдшер на 32 тыс. жителей. В Семипалатинске и Усть-Каменогорске работало только по одному городовому врачу. Однако и это небольшое количество медицинских должностей не всегда было укомплектовано, так как заработная плата медицинских работников, особенно фельдшеров, была очень низкой.

Коечный фонд в областях был ничтожен, но и он использовался плохо. Во всех больницах Павлодара, Усть-Каменогорска, Семипалатинска и Петропавловска было 36 коек, в Кокчетаве имелся только приемный покой, в Семиреченской области гражданских больниц вообще не было, а в городе Верном (ныне столица республики Алма-Ата) имелся один приемный покой на 5 коек. Большие затруднения были с питанием больных в стационарах.

Совершенно недостаточно госпитализировались инфекционные больные, что приводило к распространению заболеваний. Так, в 1886 г. в Семиреченской области из 234 заболевших натуральной оспой было госпитализировано 3; из 313 больных брюшным тифом в стационар было определено только 26, а из 528 заболевших возвратным тифом — 11 и т. д.

Если в городах еще существовало какое-либо медицинское обслуживание, то в аулах оно совершенно отсутствовало. Все «здравоохранение» для сельского казахского населения заключалось в ежегодном выделении уездному врачу (там, где они имелись) 200 руб. на медикаменты.

---

[1] Центральный исторический архив Казахской ССР, фонд 4, опись I, дело 337, связка 193, лист 45.

Естественно, что при таком положении в Казахстане не могло быть и речи о настоящей медицинской помощи больным.

Чрезвычайно тяжелые условия жизни рабочих в Казахстане, отсутствие элементарной охраны труда на предприятиях приводили к массовой заболеваемости и к огромному количеству несчастных случаев.

На золотых приисках Кокчетавского уезда Акмолинской области в одном месте было сконцентрировано до 6 тыс. рабочих, совершенно не обеспеченных жильем, лишенных медицинской помощи. Не лучше было и положение рабочих на медеплавильных заводах и на каменноугольных копях.

В Семипалатинской области относительно широкое развитие получила золотодобывающая промышленность. В 1886 г. здесь на 26 приисках было занято 1720 рабочих. Несмотря на кабальные условия труда (работать часто приходилось по колено в воде), медицинская помощь рабочим была организована очень плохо. Необходимые медикаменты отсутствовали, врачей не было, а лишь на некоторых приисках работали вольнонаемные фельдшеры.

На промышленных предприятиях широко применялся детский труд, который оплачивался особенно дешево. Так, на винокуренных предприятиях купца Щербакова среди всех рабочих 12% составляли дети до 15 лет.

Санитарно-гигиеническое состояние населенных мест, в том числе областных и уездных городов, было крайне неудовлетворительным. На поддержание санитарного порядка в городах отпускались незначительные средства. Например, в 1886 г. ассигнования на благоустройство города Верного равнялись 1769 руб., Павлодара — 110 руб., Семипалатинска — 100 руб., Усть-Каменогорска — 200 руб.

Ежегодно в городах Казахстана регистрировались многочисленные случаи различных инфекционных заболеваний. Причиной их отчасти являлось отсутствие централизированного водоснабжения. В 1881—1883 гг., когда был поставлен вопрос об организации в городе Верном водопровода, генерал-губернатор Семиреченской области заявил, что снабжение городского населения водой не может входить в соображение правительства[1].

В таком же положении находились и другие населенные пункты Казахстана. Не удивительно поэтому, что среди казахского населения были широко распространены холера, оспа, чума, туберкулез, венерические и другие болезни.

Наиболее сильно была распространена заболеваемость натуральной оспой. «Ни одна болезнь не производит таких страшных опустошений в Туркестане, как оспа. Это сущий бич как оседлого, так и кочевого населения, потому что, появляясь ежегодно то в том, то в другом месте, она уносит громадное число жертв»[2].

В период эпидемии оспы не было ни одного населенного места, где бы не регистрировались случаи заболеваний; во многих станицах заболеваемость оспой в течение года несколько раз возобновлялась.

Такое распространение инфекционных болезней, особенно оспы, приводило к высокой смертности. Так, в 1886 г. в Семипалатинской области смертность среди казахского населения, проживающего в городах, превышала рождаемость в 1,7 раза, а в уездах равнялась рождаемости. Детская смертность составляла здесь 50%.

Борьба против оспы почти не велась. Вакцинация была организована исключительно плохо. Причем это было связано не только с недостатком медицинских работников, но и с разбросанностью населенных

---

[1] Центральный архив Казахской ССР, фонд 64, опись 1, дело 46, связка 4.

[2] А. И. Покровский. Из истории оспы и оспопрививания в Туркестане, Туркестанский медицинский журнал, т. 3, 1924.

мест, крайне незначительными средствами, отпускавшимися на эти цели. В 1886 г., например, в Семиречинской области за счет земских сборов было отпущено на содержание «депо для заготовления оспенной лимфы» в г. Верном 350 руб. и на приобретение инструментов для него — 100 руб.

Очень мало средств отпускалось и на борьбу с другими заболеваниями. Так, в области в том же году на ликвидацию эпидемии дифтерии было израсходовано 300 руб., а на исследование эпидемических болезней в Кашгаре — 33 руб.

Доктор М. Шиперович, командированный в 1894 г. в Уральскую область, писал: «Полное отсутствие врачебной помощи, невежество фельдшеров и их беззастенчивое вымогательство повело к тому, что в области лечением занимается всякий желающий: и ветеринары, и коновалы, фельдшерские жены, лавочники, кабатчики и профессионалисты, посвятившие себя исключительно лечению, — знахари и бабки»[1].

Лечение больных по советам знахарей, ворожеев и тому подобных шарлатанов было у казахов обыкновенным явлением. Не удивительно, что при лечении больных применялись «дикие» методы. Больных били внутренностями животных (способ «кагу»), завертывали их в шкуру только что убитого животного (способ «терге-тусты») и били по телу прутьями, пугали, незаметно подпуская ежа, змею с вынутым жалом, при лечении больных плевали им в глаза.

Такие «методы лечения» приводили к тяжелым последствиям. М. И. Леваневский описывает случай, когда при «лечении» женщины от «грудной болезни» ее так ударили по груди кумганом (род кувшина), что она больше не встала. Г. А. Колосов в книге «О народном врачевании у сартов и киргизов Туркестана» (Петербург, 1903) пишет, что для остановки кровотечения из десен больным наполняли рот глиной. Однажды ему принесли ребенка, который едва не задохся от того, что полость рта была набита глиной. Многие внутренние болезни объясняли «порчей» крови, а потому часто применяли кровопускание. Автор описывает случай, когда больному было выпущено 5—6 фунтов крови.

Особенно широко занимались «врачеванием» невежественные баксы (у других народов табибы, шаманы). Свое «лечение» они сопровождали пением и игрой на кобызе (род смычкового музыкального инструмента), вызывая джинов (духов).

Варварские, грубые приемы применялись для ускорения родов. Впервые они были описаны в 1872 г. Ибрагимовым в «Этнографических очерках». Возле юрты, где рожала женщина, собиралась толпа мужчин, которые неистово кричали. После этого повитуха начинала изо всей силы давить на живот роженицы и трясти ее. Если и к этому времени роды не наступали, то призывали знахаря, который стремглав бросался на роженицу и начинал бить ее палкой или сажал ее на лошадь и заставлял скакать. Это приводило к смерти роженицы или вызывало у нее тяжелые заболевания.

Среди казахов имелись и свои «костоправы», которые по свидетельству врача Н. П. Глориозова не имели ни малейшего понятия о медицине.

Передовые врачи того времени понимали весь вред, приносимый баксами и знахарями и вели с этим злом посильную борьбу. Так, врач Внутренней орды Мустафа-бек Шеснович в апреле 1877 г. писал во Временный совет: «Убивая самую лучшую в стаде лошадь или другое животное под предлогом взять свежие органы этих животных для прикладывания к ранам и больным местам тела, вредят хозяйству, развивают вредные суеверия и понятия в киргизах, затягивая этим процесс

---

[1] Медицинская помощь в Уральской области, Вестник Европы, апрель, 1895, стр. 115.

болезни на долгое время, вследствие чего она часто становится неизлечимой, а сами знахари при этом без всякого труда откармливаются как паразиты на счет больных свежим мясом от убитых для лекарства животных».

Однако эта борьба при существовавших социально-экономических условиях не давала заметных результатов.

Только после Великой Октябрьской социалистической революции в Казахстане произошли такие перемены, которые открыли широкие возможности для развития здравоохранения. Богатства недр республики были поставлены на службу народа. В Казахстане возникли новые города и промышленные центры. Неизмеримо возросла и культура народа.

В созидательном труде казахскому народу большую помощь оказывает ЦК КПСС и Советское правительство. Благодаря самоотверженному труду советских людей Казахстан сдал государству более миллиарда пудов зерна и занял по производству его второе место по СССР.

Большая работа проведена в республике за годы советской власти и в области здравоохранения. В Казахской ССР к концу 1956 г. число больничных коек всех ведомств достигло 60,9 тыс., в том числе почти 20 000 в сельской местности; развернуто около 3000 фельдшерских и фельдшерско-акушерских пунктов, число мест в постоянных яслях — 38 190. В органах и учреждениях здравоохранения всех ведомств трудятся почти 9727 врачей и 36 930 средних медицинских работников. Только в 1956 г. в республику прибыло более тысячи врачей и около 3000 фельдшеров и медицинских сестер.

Большая работа проводится в Казахстане и по подготовке кадров. За годы советской власти в республике открыто четыре медицинских института (Алма-Ата, Караганда, Семипалатинск, Актюбинск) и 24 медицинских училища.

Ежегодный прием в медицинские учебные заведения составляет в республике 4300 человек, в том числе 1400 в медицинские институты. Подготовка национальных медицинских кадров позволила организовать в городах и селах республики квалифицированную помощь населению.

Широкие планы развития здравоохранения намечены в Казахской республике на шестую пятилетку.

Медицинские работники Казахстана понимают серьезность задач, поставленных перед ними XX съездом КПСС, и отвечают практическими делами на заботу партии и правительства о повышении благосостояния советского народа.

Поступила 11/X 1956 г.

МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ НА КРАЙНЕМ СЕВЕРО-ВОСТОКЕ СИБИРИ В НАЧАЛЕ XIX СТОЛЕТИЯ

Е. Д. ПЕТРЯЕВ (Чита)

До сих пор мало что известно о развитии врачебного дела на окраинах нашей страны, особенно в Сибири. Факты решительно опровергают одностороннее и в корне неправильное, но весьма живучее мнение о старой Сибири как о «царстве кнута и сплошного невежества». Жизнь этой огромнейшей территории не исчерпывалась только темными сторонами ее быта. Сибирь всегда была краем пытливых, мужественных и свободолюбивых людей. Они поддерживали и расширяли живые связи с центрами русской общественной и научной мысли.

Теперь накапливается все больше сведений о том, что среди деятелей демократической культуры в Сибири долгие годы наиболее энергичными были врачи. Уже на заре научной медицины здесь появились замечательные врачи-гуманисты и исследователи. Работая вдали от культурных центров, часто не имея элементарных жизненных условий, подвергаясь преследованиям невежественного начальства, эти люди сумели внести в науку ценные сведения, открыли пути для дальнейших исканий, обогатили практику борьбы с болезнями.

Новые доказательства этому можно видеть в недавно найденном дневнике известного русского врача и ботаника академика И. И. Редовского. Мы имели возможность ознакомиться с этим дневником. В нем содержатся важные сведения о состоянии медицинской помощи на крайнем северо-востоке Сибири, не известные в историко-медицинской литературе.

В 1805—1806 гг. И. И. Редовский как натуралист сопровождал посольство графа Юрия Головкина в Китай. Путь от Петербурга до Байкала занял 9 месяцев. Но поездка в Китай не состоялась, и посольство, доехав до Урги, вернулось. В начале марта 1806 г. Редовский прибыл в Иркутск. Интересуясь естественнонаучными и медико-географическими особенностями северо-востока Сибири, Редовский собирал все доступные сведения об этом крае. Он беседовал со старожилами и местными врачами о болезнях коренного населения, знакомился с флорой и фауной края. Еще в Кяхте, на монгольской границе, Редовский нашел у местного пристава Соколова ряд байкальских и китайских растений. По-видимому, Соколов и сам занимался ботаникой. Здесь же путешественникам очень понравился «уксус», приготовленный сбраживанием сладкого гороха. Этот «уксус», образуемый так называемым «чайным грибом», был, как видно, уже тогда хорошо известен в быту сибиряков. Редовский отметил, что забайкальцы широко употребляют в пищу и как лечебное средство «ягоды» облепихи (по-бурятски «чесар чана»). Теперь известна высокая витаминная активность плодов облепихи.

В Иркутске Редовский встречался с «бывалыми людьми», расспрашивал их о дальних и малоизвестных местах. «Встретил здесь, — пишет он, — одного японца, который довольно хорошо говорит по-русски.... Видел у местного аптекаря в гостях красавицу-якутку... Нанес визит ссыльному интеллигенту, который вместе со своей семьей живет в Иркутске уже 15 лет».

В мае 1806 г. Редовский отправился в трудную и длительную ботаническую экспедицию по маршруту: Киренск, Олекминск, Якутск, Охотск, Ямск, Гижигинск (более 4000 верст). Одновременно он принял на себя обязанности медицинского инспектора и оспопрививателя.

К тому времени прошло уже около 10 лет после открытия Дженнера, и многие сибирские врачи хорошо оценили огромное значение вакцинации в борьбе с оспой. Однако широкое оспопрививание было крайне затруднено, так как вакцины не хватало, да и население относилось к прививкам с большим недоверием.

В июне 1806 г. Редовский по реке Лене прибыл в Киренск. Местный штабс-хирург уже проводил здесь оспопрививание. Для того чтобы доказать населению пользу вакцинации, он начал прививки с собственных детей. Редовский получил у этого врача «порцию вещества коровьей оспы», хранившуюся между стеклянными пластинками.

В следующем пункте, в Олекминске, Редовский познакомился с штабс-хирургом Долгановым, который подробно рассказал путешественнику о характере местных болезней и районах их распространения. По наблюдениям Долганова, в этих местах лихорадка встречалась редко, но были часты венерические болезни, цинга, чесотка и ревматизм. Интересно, что для лечения венерических болезней население широко

применяло ртуть — окуривание киноварью. Встретился здесь один случай проказы, который по предположению Редовского, «был занесен из Америки». В Олекминске Редовский сделал лишь несколько противооспенных прививок.

В июле Редовский был уже в Якутске. Более 10% населения Якутска тогда составляли военные. Коренных жителей — якутов и тунгусов — в солдаты не брали, хотя они, как отмечает Редовский, и просились. Тут он нашел два госпиталя: один для солдат, другой для горожан. В первом госпитале в одной комнате лежало 6 солдат. Второй госпиталь после пожара в 1802 г. еще не был полностью отстроен и больные помещались в простой юрте возле будущего госпитального здания.

В Якутске Редовский встретился с доктором Иваном Реслейном — известным исследователем Камчатки и Восточной Сибири. Исколесив за 40 лет службы всю Сибирь вдоль и поперек, Реслейн с 1805 г. занял должность главного медика Якутской области. До приезда в Якутск Реслейн работал в Нерчинске и Верхнеудинске и оставил там о себе добрую память. Это был человек поразительной работоспособности, с очень широкими научными интересами. Он ввел в Забайкалье сбор «домопроизрастающих трав и кореньев», обучал лекарских учеников «для народной пользы», добился разрешения вскрывать трупы для учебных целей, первым начал оспопрививание среди бурятов. В одном из рапортов он даже просил разрешения «ехать на остров Ольхон (на Байкале) для описания внутренней штруктуры нерпов, которая еще мало известна...».

«Знакомство это, — пишет Редовский о Реслейне, — оказалось для меня очень интересным. Доктор сообщил мне свои заметки о естественной истории Камчатки, о венерических болезнях, о прививке вакцины коровьей оспы. Совместно с доктором Реслейном я привил двум детям вакцину». Других непривитых, видимо, не оказалось.

«В ноябре прошлого (1805) года, — записал далее Редовский, — медицинская управа в Иркутске послала штабс-хирургу Клебашевскому (в Якутске) оспенной вакцины, которую до сего дня привили 1400 детям. Ни один ребенок не умер. В общем оспа имела правильное течение. Штабс-хирург Малиновский в Юриченске (восточнее Якутска) той же вакциной сделал успешную прививку приблизительно 400 детям». Приходится поражаться объему этой работы, если учесть низкую плотность населения и крайнюю удаленность населенных пунктов друг от друга. Упоминаемый Редовским штабс-хирург (штаб-лекарь) Малиновский в 1802 г. при объезде Колымского округа одним из первых обратил внимание на местные случаи заболевания, похожие на проказу.

Реслейн подтвердил Редовскому, что венерические болезни на севере встречались часто и во всех формах. Но якутские врачи четко отграничивали сифилис от гонореи, хотя, как известно, в те годы многими медицинскими авторитетами эти болезни считались проявлением одного и того же заболевания.

В Колымской крепости и на Вилюе, как узнал Редовский, была болезнь, по-якутски «ленивая смерть», которую Реслейн называл лепрой: волосы при ней выпадали, кожа становилась жесткой, сморщивалась. «Здесь, — замечает Редовский, — просили о враче для изучения этой болезни»[1].

---

[1] Реслейн, жалея подчиненных ему лекарей, поехал к прокаженным сам, хотя ему было около 70 лет. Проехав в лютые якутские морозы 1500 верст, Реслейн отморозил ноги. Он сам ампутировал себе отмороженные члены и добрался до очага болезни уже на носилках. Здесь он вскоре и умер. «Среднеколымск должен гордиться прахом этого друга человечества», справедливо писал современник Реслейна. После смерти Реслейна осталось много рукописей. Судьба их, как и многих других трудов сибирских медиков, к сожалению, неизвестна. Затерялась и могила Реслейна.

В конце августа 1806 г. Редовский добрался до Охотска. В устье реки Бульгин, в «сельском поместье Охотска», тогда только устраивался госпиталь для флота. Больные солдаты временно помещались в юрте. Но в городском госпитале было 8 палат, в каждой по 35 кроватей. При госпитале была аптека, кухня, 2 склада и погреб. Для транспортировки больных имелись крытые сани и строилась специальная лодка на 6 гребцов. Образцовая постановка дела в госпитале и хорошее обслуживание больных произвели на Редовского большое впечатление.

Этого ему не приходилось встречать раньше. «Внутреннее устройство, чистота, уход, — писал Редовский, — далеко превосходят те представления, которые существуют о подобного рода больницах. Хорошо устроена маленькая аптека, но не хватает медикаментов. Городской и морской госпитали теперь объединены в одном здании и в обоих порядок... Нельзя не заметить прилежание приставленного к госпиталю хирурга Радецкого». В госпиталь принимали всех: Редовский видел там одного глухого, двух слепых, тунгуску, больную венерической болезнью, старых матросов...

Из местных особенностей быта в дневнике отмечено, что на случай появления эпидемии якуты живут в одиноко стоящих юртах, чтобы избежать большого скопления людей.

Около Охотска Редовский заметил, что стекло в окнах жилых помещений заменялось кожей кеты или стенкой тюленьей кишки. На основании рассказов местных жителей Редовский записал: «В прошлом году на берег (в Тауйске на побережье Охотского моря) выбросило кита. В один день сразу умерло десять человек, поевших его мясо». Причиной этого признали загнивание мяса от времени.

В Охотске Редовский пробыл около 2 месяцев. Он прививал оспу (в дневнике подчеркнуто: «с помощью ланцета») и вместе с портовым хирургом П. П. Радецким совершил экскурсию на Марьяканский хребет около Охотска.

В конце декабря 1806 г. Редовский приехал в Ямск, где нашел всего 112 жителей, из них 44 коряка. В 1800 г. здесь была эпидемия оспы, от которой умерло 35 коряков (женщин и детей) и 5 служилых; близкий к Ямску поселок Туманы потерял в эту эпидемию почти половину жителей (47 человек). До эпидемии жители Ямска считались зажиточными, а теперь их хозяйство пришло в полный упадок. Несколько выручал старинный промысел — выварка соли из золы тополей. Зола заливалась водой, затем воду сливали и выпаривали; из 13 пудов золы получалось полтора пуда соли, желтоватой и горькой, но пригодной в пищу.

Из болезней здесь часты были глазные, а среди тунгусов и коряков — венерические, для лечения которых коряки применяли преимущественно медный купорос.

На этом дневник Редовского обрывается. Автор его погиб при неизвестных обстоятельствах. Предполагают, что он утонул в реке Гижиге. Дневник его и некоторые ботанические коллекции были доставлены в Петербург. В настоящее время этот дневник под названием «Путешествие, предпринятое в 1805—1807 гг. от Кяхты до Урги и от Иркутска до Гижигинска» хранится в Архиве Академии наук СССР (фонд 37, оп. 1, № 16).

Заметки И. И. Редовского ясно показывают, что на общем безрадостном фоне тогдашней сибирской жизни были и светлые места. Даже в таких тогда «гиблых районах», как крайний северо-восток Сибири, имелись и хорошие больницы, и образованные медики. Эти врачи серьезно изучали болезни местного населения и лечебные ресурсы, заботились о просвещении народа, самоотверженно боролись с эпидемиями. Жизнь и труды многих сибирских медиков заслуживают внимания и

изучения. Они были ярким примером бескорыстного служения лучших представителей интеллигенции науке и народу. Имена этих людей и их дела не могут быть забыты.

Поступила 26/XII 1957 г.

ВРАЧ-БОЛЬШЕВИК ИВАН ВАСИЛЬЕВИЧ РУСАКОВ

(К 80-летию со дня рождения)

Ф. В. ПАСЮКОВ и В. И. СЕЛИВАНОВ (Ленинград)

Врач-большевик, бесстрашный революционер, верный сын партии, один из первых организаторов советского здравоохранения, Иван Васильевич Русаков прожил короткую, но плодотворную и богатую событиями жизнь.

Он родился 25 сентября 1877 г. в деревне Прудки Подольского уезда Московской губернии. Родители его в молодости были крепостными. Они хорошо помнили тяжелый гнет барской неволи и часто рассказывали своим детям о печальной доле крепостных крестьян, об их изнурительном труде и бесправии. Под влиянием этих рассказов уже в детские годы родилась у И. В. Русакова ненависть к царскому самодержавию с его человеконенавистническими законами и вопиющей социальной несправедливостью. Проявления этой несправедливости И. В. Русаков не только наблюдал в жизни, но и испытал на себе. Ему как выходцу из «низшего» сословия было отказано в приеме в гимназию. Только настойчивое ходатайство отца и блестящая сдача вступительных экзаменов заставили начальство изменить свое первоначальное решение.

Благодаря природной одаренности и трудолюбию И. В. Русаков стал одним из первых учеников в гимназии. В среде своих сверстников и товарищей по учебе он выделялся целеустремленностью, смелостью и выносливостью — качествами, которые так пригодились ему в будущей революционной деятельности.

В 1896 г. И. В. Русаков поступает на медицинский факультет Московского университета и со свойственным ему прилежанием и серьезностью берется за учебу. Но учеба не поглотила всех его интересов и стремлений. Он с пристальным вниманием следит за общественно-политическими событиями в стране, живо интересуется университетской жизнью и выступает в первых рядах студенческого движения.

В 1899 г. Иван Васильевич принимает активное участие в нелегальных студенческих сходках, которые явились следствием приказа министра просвещения об исключении из учебных заведений и отдаче в солдаты студентов, замешанных в «беспорядках».

Как одного из организаторов этих «беспорядков» Русакова исключают из университета, и только заключение врачебной комиссии о непригодности к службе в армии спасает его от солдатчины. Через несколько месяцев с большим трудом И. В. Русакова вновь принимают в университет, который он заканчивает осенью 1900 г. и, выбрав специальность детского врача, приступает к самостоятельной врачебной деятельности.

Сначала И. В. Русаков работал в клинике выдающегося педиатра Н. Ф. Филатова, затем у известного ученого — А. А. Киселя, а с 1904 г.— в Ростокинской земской больнице. Уже на первых порах своей врачебной практики И. В. Русаков показал себя вдумчивым и внимательным врачом с пытливым умом исследователя. Его научные доклады и сообщения в обществе детских врачей, членом которого он стал по рекомендации А. А. Киселя, всегда вызывали глубокий интерес.

Начало врачебной работы И. В. Русакова совпало с периодом, предшествовавшим первой русской буржуазно-демократической революции. Обстановка того времени, насыщенного революционными событиями, ускорила формирование мировоззрения и рост классового сознания И. В. Русакова. Этому много способствовал врач-большевик Е. П. Первухин, с которым Иван Васильевич был знаком по совместной работе в Ростокинской больнице. В начале 1905 г. И. В. Русаков по рекомендации Е. П. Первухина вступил в ряды РСДРП и тем самым окончательно определил свой дальнейший жизненный путь — путь профессионала-революционера.

Первый опыт открытой революционной борьбы он получил в дни декабрьского вооруженного восстания в Москве. Как подобает члену партии, Иван Васильевич был в самой гуще событий и, увлекая за собой массы, мужественно сражался на баррикадах.

После подавления восстания царское правительство карало его участников тюрьмами и ссылками. Был арестован, а затем на 3 года сослан в город Ялуторовск Тобольской губернии и И. В. Русаков.

Тяжелая, полная лишений жизнь ссыльного не сломила твердый дух стойкого революционера. С присущей ему энергией он развернул в колонии кипучую деятельность, пропагандируя идеи партии среди ссыльных. Ссыльные были людьми разного социального происхождения и различных политических убеждений, и было поэтому очень важно внести в их сознание правильное, большевистское понимание происходивших в стране событий.

Выполняя обязанности председателя бюро взаимопомощи колонии, Иван Васильевич проявлял много изобретательности для улучшения материального положения ссыльных, за что пользовался у них глубоким уважением и сердечной признательностью.

Большую любовь снискал он и у местного населения, которое знало его не только как искусного врача, но и как отзывчивого человека, всегда готового словом и делом прийти на помощь.

В 1909 г. И. В. Русаков по отбытии срока ссылки возвратился в Москву. В это время Россия переживала мрачную пору столыпинской реакции. Смертельно боясь новой революционной вспышки, царское правительство установило в стране свирепый полицейский режим и беспощадно подавляло все прогрессивное и передовое.

Уже обладая достаточным опытом революционной борьбы, Иван Васильевич по приезде в Москву быстро установил связь с большевистским подпольем и с головой ушел в партийную работу. Так как из-за жестоких преследований приходилось соблюдать строгую конспирацию, было очень важно всячески использовать любые легальные возможности. И. В. Русакову они были доступны как врачу, занимавшемуся лечебной практикой в одном из городских лечебных учреждений, как активному члену ряда комиссий Пироговского общества и одному из редакторов его печатного органа — журнала «Общественный врач».

Используя свое положение для распространения революционных идей, он в 1913 г. публикует статью под названием «Популяризация гигиенических знаний на Всероссийской гигиенической выставке». В ней проводится мысль о том, что имевшиеся тогда в России общественные организации, как, например, Всероссийской лиги по борьбе с туберкулезом, Общества борьбы с детской смертностью и др. не могут принести сколько-нибудь ощущаемых результатов в своей деятельности. Руководимые представителями привилегированной части общества, эти организации занимаются сердобольной благотворительностью и не хотят видеть истинных причин тех отрицательных явлений, против которых борются; они всячески скрывают их от народа, верно служа интересам господствующего класса. Причины же эти порождаются существующим в России помещичье-буржуазным строем, неизбежно сопровождающим-

ся нищетой, бескультурьем и обездоленностью трудящихся, словом, всем тем, что ведет к большой заболеваемости и смертности. Чтобы осуществлять успешную борьбу с этим злом, надо сделать главное — свергнуть власть помещиков и капиталистов и установить новую социалистическую систему, — такой вывод невольно напрашивался у читателей этой статьи.

В работах, написанных и опубликованных незадолго до Октябрьских дней, И. В. Русаков снова возвращается к проблеме общественной медицины. Он вновь указывает на неизбежность ее благотворительного характера в условиях буржуазно-помещичьего строя и подчеркивает мизерность достижений, которых она добилась за довольно длительный срок своего существования. Такая система должна неминуемо рухнуть вместе с крахом социальных устоев, на которых она держится.

Одновременно И. В. Русаков выступает в печати с горячим призывом к врачам объединиться в единую профессиональную организацию не с узко кастовыми целями, а с широкими задачами общественного характера. Еще более разнообразной и интенсивной становится деятельность Ивана Васильевича в период между Февральской буржуазно-демократической и Великой Октябрьской социалистической революциями. В то время он жил и работал в Сокольническом районе. Здесь насчитывалось 15 крупных заводов и фабрик, 50 мелких предприятий, имелся большой трамвайный парк, было сосредоточено много различных мастерских.

И. В. Русаков был выбран членом бюро Сокольнического районного комитета большевистской партии. Летом 1917 г. он стал членом районной думы и занял пост председателя районной управы. Вскоре его избрали в Исполком Сокольнического Совета рабочих и солдатских депутатов.

Жизнь Ивана Васильевича была заполнена беспрерывным напряженным трудом во имя интересов большевистской партии, во имя объединения под ее знаменем широких трудящихся масс в непримиримой борьбе с эсерами и меньшевиками. Он часто посещает фабрики и заводы, много выступает перед рабочими, участвует во всех кампаниях в районе, выполняя при этом, если нужно, любую работу.

«Помнится, — пишет один из очевидцев, — как он, согласно постановлению Райкома, в ночь с 24 на 25 июня до самого утра собственноручно расклеивал по улицам района предвыборные воззвания по выборам в Московскую Центральную Городскую Думу»[1].

Кульминационного пункта общественная и политическая деятельность И. В. Русакова достигла в дни Октябрьского вооруженного восстания в Москве. Главным штабом, непосредственно руководившим восставшими, являлся Военно-революционный Комитет (ВРК) Московского Совета, избранный вечером 25 октября. На местах действовали районные ВРК. Они были образованы в ночь с 25 на 26 октября на заседаниях Чрезвычайных Пленумов районных Советов.

Одним из пяти членов ВРК Сокольнического района был И. В. Русаков. Накануне восстания большевикам пришлось вести ожесточенную борьбу с меньшевиками и эсерами, всячески сопротивлявшимися вооруженному свержению буржуазного Временного правительства. Момент был исключительно ответственным. 26 октября в Сокольническом районе в срочном порядке был созван расширенный Пленум Совета рабочих и солдатских депутатов совместно с представителями фабрично-заводских комитетов. Председательствовал на нем И. В. Русаков. Он зачитал присутствовавшим телеграмму о победе Пролетарской революции в Петрограде и выступил с кратким докладом, в котором горячо призывал трудящихся района немедленно последовать примеру питерских рабочих.

---

[1] Сборник «Октябрьские дни в Сокольниках». М., 1922, стр. 111.

«Только с винтовками в руках, — говорил он, — мы можем быть победителями; время пришло, медлить мы ни одной минуты не должны. Товарищи, в бой!»[1].

Пленум единодушно принял предложенную Русаковым резолюцию о немедленном присоединении к восстанию. Восстание в Москве продолжалось восемь дней и, несмотря на яростное сопротивление контрреволюции, закончилось победой восставшего пролетариата.

Вскоре после Великой Октябрьской социалистической революции И. В. Русаков был избран председателем Исполкома Сокольнического районного Совета рабочих и солдатских депутатов и занимал этот пост до осени 1919 г. Несмотря на исключительную занятость советской и партийной работой, он по-прежнему уделял много внимания врачебно-общественной деятельности.

Как известно, руководство Пироговского общества с самого начала возникновения советской власти заняло по отношению к ней явно враждебную, контрреволюционную позицию. Оно призывало медицинский персонал к забастовкам, саботажу мероприятий советского правительства, к бойкоту врачей-большевиков. С гневом и возмущением осудив подобное поведение, И. В. Русаков вместе с З. П. Соловьевым, С. И. Мицкевичем и А. Н. Сысиным вышли из центральных органов Общества, решительно порвав с его контрреволюционно настроенным руководством. Ставя об этом в известность «пироговцев», И. В. Русаков писал: «По поводу постановления правления Пироговского общества от 22 ноября касательно текущего политического момента и отношения к врачам-большевикам считаю необходимым заявить, что я имею великую честь принадлежать к партии социал-демократов интернационалистов (большевиков) и от этой чести не заставят меня отказаться ни пули юнкеров, ни буржуазно-обывательское злопыхательство. Вместе с тем довожу до сведения правления, что я после принятия упомянутого выше постановления отказываюсь быть одним из редакторов «Общественного врача» и выхожу из состава комиссий Общества, коих я состоял членом» [2].

В марте 1918 г. общим собранием медицинских работников Москвы была единодушно принята предложенная И. В. Русаковым резолюция, клеймившая позором контрреволюционные действия «пироговцев».

В этот же период И. В. Русаков явился одним из основоположников единого профессионального союза медицинских работников — Всемедикосантруд. Этот союз объединял все категории медицинского персонала, начиная от врачей и кончая санитарами. Такой принцип в корне отличался от того, что предлагало руководство Пироговского общества — образования автономных профессиональных объединений для каждой категории медицинского состава, что привело бы к противопоставлению одних другим.

И. В. Русаков был видным деятелем советского здравоохранения. Он являлся членом врачебной коллегии Народного комиссариата внутренних дел, активно участвовал в работе Совета врачебных коллегий — тогдашнего центрального медицинского органа в республике, был одним из организаторов и активных участников I Всероссийского съезда медико-санитарных отделов Советов рабочих, крестьянских и солдатских депутатов, где горячо защищал идею создания в стране Народного комиссариата здравоохранения.

В ноябре 1919 г. в связи с наступлением Деникина молодая Советская республика переживала тяжелые и грозные дни.

«Все на борьбу с Деникиным!» — таков был лозунг В. И. Ленина, партии. Страна была объявлена военным лагерем. Сотни и тысячи ее лучших сынов добровольно уходили на Южный фронт. Среди них был

[1] Сборник «Октябрьские дни в Сокольниках». М., 1922, стр. 49.
[2] Общественный врач, 1918, № 3—4.

и И. В. Русаков. Командование поручило ему ответственный участок работы — возглавлять фронтовую санитарную инспекцию.

Несмотря на отсутствие опыта военно-врачебной деятельности, он «прекрасно справился с поставленной задачей...»[1], сделав очень многое для улучшения медицинского обслуживания войск.

Возвратившись в январе 1920 г. в Москву, Иван Васильевич некоторое время руководил инспекцией ГВСУ РККА и Флота, а затем был назначен заведующим Московским городским отделом народного образования, являясь одновременно (с мая того же года) членом Московского Комитета РКП(б).

Наступил 1921 г.— первый мирный год для Советской страны. В марте этого года в Москве открылся исторический X съезд партии, который обсудил и одобрил разработанные В. И. Лениным конкретные пути перехода к решению стоявших перед страной важных задач — восстановления народного хозяйства и дальнейшего социалистического строительства.

Накануне съезда в Кронштадте вспыхнул организованный белогвардейцами и агентами империалистических держав мятеж. Создалась чрезвычайно напряженная и опасная обстановка. Необходимо было как можно скорее, до таяния льда в Финском заливе, разгромить мятежников. На выполнение этой исключительно трудной задачи партия послала лучших своих сынов — делегатов съезда во главе с К. Е. Ворошиловым. В числе этих делегатов находился и И. В. Русаков. Он был в первых рядах штурмовавших крепость красноармейских колонн и, когда бои подходили к концу, изъявил желание стать комиссаром Кронштадского морского госпиталя. Но на этом новом посту бесстрашному революционеру работать почти не пришлось. Оказавшись в руках белогвардейцев, переодетых в морскую форму, Иван Васильевич с гордостью дал утвердительный ответ на вопрос является ли он коммунистом. Когда Русаков услышал от бандитов, что будет расстрелян, он с мужеством и гневом ответил «Что же стреляйте! Меня вы расстреляете, а коммунизм — никогда!» [2]. Тело большевика-ленинца было перевезено в Москву и похоронено в братской могиле у стен Кремля.

Советский народ бережно хранит память о враче-большевике И. В. Русакове. Его именем названы Сокольнический трамвайный парк в Москве, городские улицы, больницы и другие учреждения.

Беззаветно преданнным идеям коммунизма, талантливым руководителем и общественным деятелем, неутомимым энергичным борцом за счастье трудового народа и его здоровье, человеком замечательных душевных качеств — таким знали его современники. Таким он навсегда останется в памяти советских людей.

Поступила 12/IX 1957 г.

Г. Ф. ЛАНГ — КРУПНЕЙШИЙ ОРГАНИЗАТОР СОВЕТСКОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

(К 10-летию со дня смерти)

Е. Н. ЯКУБОВА (Москва)

Из Института организации здравоохранения и истории медицины имени Н. А. Семашко Министерства здравоохранения СССР (дир. Е. Д. Ашурков)

Осуществление связи лечебной и профилактической медицины как безусловное требование всей системы советского здравоохранения привело к появлению нового в истории медицины образа врача. В силу про-

[1] М. И. Барсуков. Иван Васильевич Русаков (1877—1921). М., 1946, стр. 44.
[2] Сборник «Октябрьские дни в Сокольниках». М., 1922, стр. 114.

филактического направления советской медицины в лечебную деятельность органически входит деятельность организатора. Это в равной степени характерно и для практического врача, и для научного деятеля. Все крупные советские клиницисты, творчество которых оставило след в развитии медицины, представляют собой именно такой многогранный образ клинициста-организатора.

Одним из клиницистов, связавших свою научную деятельность с развитием и укреплением системы советского здравоохранения, являлся действительный член Академии медицинских наук СССР, заслуженный деятель науки Георгий Федорович Ланг.

Георгий Федорович Ланг родился в 1875 г. в Петербурге. В 1899 г. он окончил Военно-медицинскую академию, где и был оставлен адъюнктом при кафедре факультетской терапии. В 1919 г. Ланг был избран профессором одноименной кафедры во II Ленинградском медицинском институте. В то же время он заведовал кафедрой Института усовершенствования врачей.

В эти годы Г. Ф. Ланг участвовал в борьбе с сыпным тифом в Ленинграде, проблема победы над которым выросла тогда в проблему государственной важности. Г. Ф. Ланг привлек к этой борьбе прежде всего сотрудников своего института, организовав их в ударную бригаду, а затем и самые широкие врачебные массы города. Еженедельно до полной ликвидации сыпного тифа он проводил в Институте конференции по обсуждению проблемы борьбы с ним как с научной, так и с организационной стороны.

Сразу же по окончании гражданской войны и интервенции Ланг принял деятельное участие в организации сил отечественной терапии. В 1921 г. им вместе с проф. М. Д. Тушинским и А. А. Нечаевым было организовано Петроградское терапевтическое общество. В 1922 г. Г. Ф. Ланг и М. П. Кончаловский организуют первый после революции всероссийский съезд терапевтов, объединивший всех советских врачей. В том же году по их инициативе началось издание «Терапевтического журнала».

В 1922 г. Ланг был избран профессором кафедры факультетской терапии I Ленинградского медицинского института (б. женского медицинского института), имевшей клинической базой Петропавловскую больницу (ныне больница имени Ф. Ф. Эрисмана).

В 1924 г. Г. Ф. Ланг был назначен главным врачом больницы имени Эрисмана, а в 1928 г.—ректором I Ленинградского медицинского института. На этой работе Георгий Федорович Ланг проявил себя как крупнейший организатор советского здравоохранения. Руководимые им учреждения представляли образец рационально спланированного учебно-лечебного и научно-исследовательского комбината.

Ланг считал, что причины многих болезней кроются в болезнетворных влияниях «неурегулированных условий труда и быта». Успешно бороться с ними можно лишь в условиях социалистического строя, ибо только при наличии широко разветвленной сети клинических и поликлинических учреждений с налаженной помощью и патронатом на дому можно проследить каждый случай заболевания от начала до его полной ликвидации. Более того, благодаря возможности тщательного ознакомления с условиями среды, в которой больной живет и работает, и своевременному устранению тех факторов, которые способны нанести ущерб здоровью, заболевание можно пресечь в его эмбриональной и даже латентной стадии.

В дальнейшем, при выздоровлении, врач имеет возможность заботиться об устранении тех условий труда и быта больного, которые вызвали заболевание, дабы предупредить его повторение. Он может назначить больному добавочный отпуск, санаторно-курортное лечение, определить ему трудовой режим.

В свете задач, которые ставит социалистическое здравоохранение врачам-терапевтам как в отношении своевременного профилактического распознавания болезней, так и в отношении их лечения, большое значение приобретает организация поликлинического преподавания в медицинских вузах.

Необходимо, чтобы клиники были не только больничными отделениями, входящими в состав больничной сети и системы здравоохранения вообще, но чтобы в то же время и в состав клиник входило терапевтическое отделение поликлиники как равноправное отделение клиники. Студенты обучаются клинике внутренних болезней на амбулаторных больных, на больных, посещаемых на дому, и на больных, находящихся в стационаре. Между этими тремя видами обслуживания больных должна быть непрерывная связь в пределах самой клиники.

Широкое использование для преподавания терапевтических отделений поликлиник имеет первостепенное значение для практической подготовки студентов, так как работа в поликлиниках ставит студентов в условия, значительно более близкие к тем, в которых им придется работать после окончания института, дает им возможность приучиться к самостоятельному отношению к больным и знакомит их с формами и стадиями заболеваний, с которыми они преимущественно будут иметь дело в своей практической деятельности.

В 1934 г. Г. Ф. Ланг возглавил работу по составлению генерального плана расширения института в целях сосредоточения на одной территории всех кафедр.

На месте старой больницы в виде разбросанных на обширной территории и не связанных между собой зданий случайного характера возникли мощные корпуса клиник I Ленинградского медицинского института имени И. П. Павлова.

Еще в 1925 г. как главный врач больницы имени Эрисмана Ланг создал при ней 31-ю городскую районную поликлинику, обслуживающую Петроградский район, которая благодаря связи со стационаром очень быстро стала образцовой.

Руководство лечебной работой терапевтического отделения поликлиники осуществлял сам Ланг.

Таким образом, терапевтическое отделение поликлиники объединялось с клиникой. Официально объединение поликлиники и клиники было проведено и закреплено штатным расписанием в 1937 г. Заведующей этим третьим отделением факультетской клиники в то время была назначена ученица и одна из ближайших помощниц Г. Ф. Ланга Н. А. Толубеева.

Всю лечебную и учебную работу в поликлинике несли по очереди ассистенты клиники, откомандированные на 6 месяцев для работы в поликлинике.

Помимо ассистентов, в штате терапевтического отделения имелись старшие ординаторы, близкие по своей квалификации к ассистентам. К каждому ассистенту и старшему ординатору прикреплялось по 4 участковых врача, работой которых они должны были руководить.

Все консультации участковые врачи производили совместно с ассистентами или старшими ординаторами.

Кроме того, со своей группой студентов и участковым врачом ассистенты проводили обходы участков.

Все сложные и тяжелые случаи консультировались заведующим отделением 2 раза, а профессором — один раз в неделю.

Связь больницы и клиники с поликлиникой осуществлялась очень тесно при госпитализации. Все больные госпитализировались в клинике I Ленинградского медицинского института. Каждый больной направлялся со специальной карточкой; при выписке на больного составлялась обменная карта, которая непосредственно направлялась главному врачу

поликлиники, что значительно облегчало сопоставление диагнозов клиники и поликлиники, а также давало материал участковому врачу для дальнейшего наблюдения.

Участковые врачи командировались по очереди в клинику с отрывом от поликлиники сроком на 3 месяца. Взамен их на тот же участок направлялись клинические ординаторы и ассистенты. Участковые врачи присутствовали на обходах профессора в клинике, его лекциях, научных конференциях, заседаниях, где разбирался материал клиники и поликлиники.

Проф. Г. Ф. Ланг вел в поликлинике систематические занятия с врачами, на которых детально разбирались больные, демонстрируемые участковыми врачами, относящиеся к наиболее важным в практическом отношении группам заболеваний.

Объединение работы клиники и поликлиники оказало значительное влияние на резкое повышение качества лечебной работы в поликлинике. Расхождение диагнозов поликлиники и клиники стало составлять всего 3% и то не по основным заболеваниям. Исчезли жалобы со стороны больных. Уменьшилась текучесть персонала, повысилась трудовая дисциплина.

Опыт Г. Ф. Ланга по объединению поликлиники с клиникой в составе I Ленинградского медицинского института был использован Министерством здравоохранения СССР. С 1948 г. такое объединение с некоторыми модификациями введено в жизнь во всех лечебных учреждениях. Больничные врачи, участковые врачи поликлиники, врачи помощи на дому должны были ежедневно известное количество часов работать в стационарах, поликлиниках и по помощи на дому. В последнее время в эту организацию были внесены коррективы, приближающие ее к первоначальным формам, принятым Г. Ф. Лангом, т. е. с полным откомандированием врачей поликлиники в стационар на определенный срок. Так оправдались слова Г. Ф. Ланга о том, что «путь одновременной работы в клинике, в стационаре и в поликлинике есть самый верный путь повышения квалификации врачей, работающих в поликлинических условиях».

Не подлежит также сомнению, что для повышения качества внебольничной помощи недостаточно только одной связи поликлиники с клиникой и больницей. Объединение выявило необходимость пересмотреть условия работы поликлинических врачей, резко отличающиеся от условий работы врачей стационара в смысле трудовых норм, оплаты труда, отпуска, транспорта и т. д., так как это препятствует поднятию внебольничной помощи на должную высоту. Все эти вопросы продолжают оставаться на повестке дня советского здравоохранения.

Сосредоточив свои силы на руководстве кафедрой, Г. Ф. Ланг превратил ее по размаху научно-исследовательской работы, по объему лечебной работы, по количеству работающих и совершенствующихся в ней врачей в самостоятельный институт на объединенной клинико-поликлинической базе.

Таким образом, Г. Ф. Ланг удивительно цельно претворил в жизнь профилактический принцип работы клинициста-организатора, педагога и исследователя. Организационные формы лечебно-профилактического обслуживания населения были им продуманы и проведены в жизнь в полном соответствии с поставленной задачей распознавания и изучения ранних форм заболеваний и разработки их диагностики в целях своевременной профилактики.

Г. Ф. Ланг не отделял клиники от организации здравоохранения. Его клиника вела большую научно-исследовательскую работу, главным образом над выявлением и ликвидацией ранних форм болезней, коренящихся в условиях труда и быта, широко используя материалы поликлиники. Особенно успешно Г. Ф. Ланг и его школа вели работы по выяснению этиологии атеросклероза и изучению как ранних, так и столь

тяжелых его клинических проявлений, как грудная жаба и инфаркт миокарда.

«Атеросклероз, — говорил Ланг, — является социальной болезнью, угрожающей миллионам масс. Наметить пути успешной борьбы значит спасти многие тысячи людей от преждевременной инвалидности и смерти».

Исключительное значение имеет продуманная Г. Ф. Лангом система предупредительных и лечебно-диагностических мероприятий по борьбе с гипертонической болезнью.

Г. Ф. Ланг обращал особое внимание на своевременное выявление прегипертонической стадии для предупреждения ее перехода в гипертоническую болезнь, для чего существенно необходимым считал налаживание систематического и широкого изучения причин первичных нарушений функций нервных механизмов, которое дает возможность осуществить советская система здравоохранения.

Прежде всего он считал необходимым тщательно организовать периодическое измерение артериального давления у всех лиц, достигших 30—35-летнего возраста. Это должны проводить участковые врачи, врачи здравпунктов и других учреждений по определенному плану под руководством и контролем районных отделов здравоохранения. Для непосредственного проведения массового измерения артериального давления следует обучить медицинских сестер с тем условием, чтобы установленные ими отклонения от нормы обязательно проверялись врачом.

Все больные гипертонией и лица в прегипертонической фазе должны быть диспансеризованы с целью соответствующего трудоустройства, назначения им режима и своевременного направления в ночные, специальные или общего типа санатории, курорты и т. п.

Проводя такое обследование во всесоюзном масштабе, удалось бы выявить те различные условия жизни, которые способствуют развитию гипертонической болезни (питание, климат, нагрузка, профессия и т. д.). Г. Ф. Ланг считал, что инициативу и руководство в этом важном деле должны взять на себя Ученый совет Министерства здравоохранения СССР и Академия медицинских наук СССР.

Предложения Г. Ф. Ланга были тщательно изучены и обсуждены. Большинство из них вошло в лечебную практику, причем опыт показал их благоприятные результаты не только в отношении предупреждения дальнейшего развития болезни, но и полного выздоровления.

Г. Ф. Лангу мы обязаны организацией службы главных терапевтов. В период войны с белофиннами в Ленинграде по инициативе и предложению Г. Ф. Ланга была создана система консультантов-терапевтов в военных госпиталях. Опыт этот был использован в Великую Отечественную войну, и этот институт под названием Института главных терапевтов армии получил официальное утверждение. Затем он перешел и в гражданское здравоохранение.

Годы Великой Отечественной войны (с 1942 г.) Ланг провел на работе в I Московском ордена Ленина медицинском институте, где заведовал кафедрой пропедевтики. Одновременно он вел консультационную работу в военном госпитале.

В 1944 г. Г. Ф. Ланг был избран действительным членом Академии медицинских наук СССР, а после войны был награжден орденом Отечественной войны I степени и орденом Ленина. Еще в 1934 г. Г. Ф. Ланг был награжден орденом Трудового Красного Знамени и получил звание заслуженного деятеля науки.

Г. Ф. Ланг скончался в Ленинграде 24 июля 1948 г. 73 лет от роду. Но творческий размах советского клинициста-организатора запечатлен на долгие годы в созданном им первоклассном научно-исследовательском институте, каким является его клиника.

Поступила 20/XII 1957 г.

ЛЬВОВСКИЕ УКРАИНСКИЕ ШПИТАЛИ XVI—XVIII ВЕКА

(К 700-летию основания Львова)

Н. А. ОБОРИН (Львов)

В октябре 1956 г. советская общественность торжественно отметила 700-летие основания Львова — крупнейшего индустриального и культурного центра Украинской Советской Социалистической Республики.

Первое упоминание о Львове относится, как сейчас установлено, к 1256 г. При описании большого пожара в городе Холме в Галицко-Волынской летописи говорится, что «пламени бывшу якоже во всее земли заре видити, якоже и со Львова зряще видити, по полем Белзьскым от горения сильного пламени». Основателем Львова был галицко-волынский князь Даниил Романович, давший городу имя своего сына Льва. Сведений по истории медицины во Львове княжеских времен не имеется. Лишь к XVI веку, когда Львов находился уже под польским владычеством, относятся данные о первых больницах, или шпиталях, основанных коренным украинским населением.

Факт основания больниц коренным украинским населением в XVI веке отмечен рядом авторов, однако вопреки этому А. С. Подражанский, ссылаясь на рукописные книги Львовского архива, приписывает русским ремесленникам и купцам основание больниц св. Елизаветы в 1382 г. и св. Станислава в 1404 г. и только к 1522 г., по его мнению, эти больницы «перешли в руки католического мещанства»[1]. Иного взгляда в этом вопросе придерживается проф. С. А. Верхратский. В результате анализа архивных источников из «Хроники Львова» (1844) на польском языке он подчеркивает, что львовские украинцы имели свой отдельный госпиталь. В числе католических шпиталей проф. С. А. Верхратский называет также шпитали св. Лазаря и ордена Бонифратов[2].

Упомянутые А. С. Подражанским рукописные книги еще в конце XIX века опубликовал польский историк А. Чоловский. В первой из них за 1382—1389 гг. говорится лишь о лицах, проживающих «ex oppositо hospitalis, super hospitale, circa hospitale», без указания даты основания и названия шпиталя[3].

Наиболее ранним источником, упоминающим об основании первого шпиталя во Львове, является сочинение Я. Альнпека (XVII век). Он пишет, что после подавления поляками восстания русских в 1372 г. «немцами был построен на Краковском предместье деревянный римско-католический костел св. Марии Снежной и при нем шпиталь св. Духа»[4]. В книге члена львовского магистрата Б. Зиморовича (1672) основание этого шпиталя под именем св. Елизаветы отнесено к 1377 г.[5] Украинский историк Галицкой Руси. Д. Зубрицкий по этому поводу пишет следующее.

«В 1377 г. мещане львовские, а особенно немцы, основали шпиталь под именем св. Елизаветы с принадлежащим ему фондом для содержания престарелых и больных»[6].

Галицкий католический епископ Яков как «ректор шпиталя св. Духа» специальными актами подтвердил завещание в 1399 г. земли этому шпиталю мещанином Н. Больцом, а в 1404 г.— супругами Петром и Марией Эйзенгюттель. Папа Мартин V на соборе в Констанце в 1418 г. присвоил этому же шпиталю имя св. Елизаветы[7].

---

[1] Советское здравоохранение, 1953, № 1, стр. 52—53.

[2] Врачебное дело, 1956, № 1, стр. 94—96.

[3] Najstarsza ksiega miejska 1382—1389. We Lwowie, 1892, str. 6, 64, 87.

[4] S. Rachwab. Jan Alnpek i jego Opis miasta Lwowa z początku XVII wieku. Lwow, 1930, str. 11, 28.

[5] B. Zimorowicz. Historia miasta Lwowa. Lwow, 1835, str. 112.

[6] D. Zybrzycki. Kronina miasta Lwowa. Lwow, 1844, str. 46.

[7] Akta grodzkie i ziemskie. We Lwowie, t. III, 1872, N. 68; t. IV 1873, N. 6, 40.

Таким образом, несомненно, что основателями первого из известных львовских шпиталей, датой заложения которого следует считать 1372 г., были католические мещане немецкого происхождения. Появление их к этому времени во Львове в большом числе явилось следствием иностранного порабощения города. Естественно, что русское (украинское) население Львова, переживавшее в это время один из трагических моментов в своей истории и героически боровшееся за национальную независимость, не могло принять участия в организации этого шпиталя.

Не подтверждается участие русского (украинского) населения Львова и в учреждении шпиталя св. Станислава. Из печатных источников известно о пожертвовании, сделанном мещанкой из немцев Доротеей Майзель 27 сентября 1494 г. и об участии армянина Иоганна Кохно в частичном восстановлении этого шпиталя[1]. А. С. Подражанский, передавая названные сведения как «архивную запись», не называет имени первого жертвователя.

Учреждение шпиталей для коренного населения Львова, как и на Украине вообще, неразрывно связано с деятельностью братств, возникавших, начиная с XV—XVI века в городах при православных церквах. Братства, как справедливо отметил проф. Е. Н. Медынский (1955), постепенно превратились в политические организации украинских и белорусских мещан, боровшихся против насильственной полонизации и окатоличивания.

Первый шпиталь, основанный местным русским (украинским) населением Львова, принадлежал Львовскому Успенскому братству.

Первое упоминание о нем в нашей медицинской исторической литературе принадлежит А. Ф. Мальцеву, который датирует его основание 1590 г.[2]. По данным проф. И. П. Крипъякевича, этот шпиталь существовал уже в 1522 г. и находился первоначально в стенах города на улице Русской, а затем в Краковском предместье — в Онуфриевском монастыре[3]. В польской литературе об этом шпитале упоминается впервые в 1829 г.[4].

Шпиталь Львовского Успенского братства просуществовал более 250 лет. Упоминания о нем сохранились в ряде исторических документов. Особенный интерес представляют материалы о поездке посланцев братства в Москву с просьбой о материальной помощи. В специальной грамоте от 14 июня 1592 г., адресованной «многоименитому роду российскому всякого достояния и сана», выданной братством делегации на право сбора пожертвований, говорилось, что братский «храм огнем погоревши даже до основания расыпася, такожде бол[ь]ница и вся домы церковные расыпашася и не соружено стоит в поругание и поношение от иноверных». Просьба о материальной помощи на «бол[ь]ницу» содержалась и в письмах братства к царю Федору Ивановичу и боярину А. Щелканову. Делегации была вручена инструкция, из которой видно, что шпиталь должен был носить характер лечебного учреждения. Братство писало, что «бол[ь]ницу на том же монастиру, которую начахом каменем здати множества ради нищих, которые служащие от иноверных нам накидают бол[ь]ных и под стенами гнойны скончеваются, понеже

---

[1] K. Pasp. Opisanie zakladu dla mieszczań kalek u św. Lazarza we Lwowie. We Lwowie, 1867, str. 14.

[2] А. Ф. Мальцев. Братства и шпитали в Юго-Западной Руси и в Малороссии. Обозрение психиатрии, неврологии и экспериментальной психологии. СПБ, 1903, № 5, стр. 349.

[3] І. П. Крип'якевич. Львівська Русь в першій половині VI віку. Львов, 1907. стр. 74; Українські шпиталі у Львові в XVI—XVIII ст. Лікарский вістник, рік VIII, 1930, 15 апреля, ч. 1, стр. 15.

[4] I. Chodynicki. Historia miasta Lwowa, Lwow, 1829, str. 345.

тесно место житня нашего внутр града имамы и домы наша огнем погоревши зело обнищаша» [1].

В Москве братство получало значительную материальную помощь, размеры которой были отмечены в грамоте «Лист от великого царя»[2]. В частности, на больницу было дано «десять рублев».

По ходатайству братства 11 марта 1637 г. польский король утвердил грамоту старосты Львовского от 8 октября 1836 г. об освобождении «обедневшего шпиталя религии греческой от всевозможных налогов, арендной плати и повинностей» [3]. В 1655 г. шпиталь сгорел. Но уже в 1659 г. был заложен каменный шпиталь, постройка которого была закончена через 3 года. Об этом свидетельствует запись из «Летописи братства»:

«1662 г. Возобновлен каменный гошпиталь при Онуфриевском монастыре. Издержено 1844 злотых и 9 грошей» [4].

Деятельность восстановленного шпиталя продолжалась вплоть до 1786 г.

Помимо шпиталя Успенского братства во Львове, известны еще 3 шпиталя. Их содержали Николаевское, Благовещенское и Богоявленское братства, объединявшие русских (украинцев), проживавших в предместьях Львова. В статье А. С. Подражанского названные шпитали, основанные коренным населением Львова, характеризуются только как приюты для нищих. Наряду с ними, как это ни странно, А. С. Подражанский упоминает католический «приют св. Мартина для раненых и увеченых воинов», тогда как известно, что русское (украинское) население Львова в то время в польской армии не служило.

Старейшим шпиталем Львовских предместий является шпиталь Богоявленского братства. Как установил проф. И. П. Крипъякевич (1929), первое упоминание об этом шпитале относится еще к 1538 г. В уставе братства от 26 января 1591 г. отмечается, что «предмещане львовской галицкой броны (Галицкого предместья.— Н. О.) ктиторы храма святого богоявления» начали «бол[ь]ницу убогых своих посещати и строити» [5]. На «улице Гончарской (теперь ул. Ватутина.— Н. О.) стояли близкие к самому месту (городу.— Н. О.): братска школа руска и шпиталь русский». В 1617 г. об этом шпитале упоминается в актах Городского совета (И. Шараневич, 1880). В 1671 г. мещане добились разрешения на курение водки, а в 1677 г. — на постройку завода и права варить в нем пиво на «содержание шпиталя» [6].

Датой основания шпиталя Николаевского братства считался 1673 г. Однако из неопубликованного акта, обнаруженного проф. И. П. Крипъякевичем (1957) следует, что еще в 1623 г. братство намеревалось «строить дом под школу и шпиталь для больных и немощных людей» [7]. Находился шпиталь в Краковском предместье (теперь ул. Б. Хмельницкого), где и поныне сохранилась братская Николаевская церковь.

Шпиталь Благовещенского братства (основан в 1542 г.) находился вместе со школой на теперешней улице Чапаева. В актах Городского

---

[1] Юбилейное издание в память 300-летнего основания Львовского Ставропигийского братства. Львов, 1886, т. 1, № XC, XCV, XCVI.

[2] Акты Западной России. Т. IV. СПБ, 1851; Временник Ставропигийского института, 1871, стр. 129; Юбилейное издание. Львов, 1886, Советское здравоохранение, 1953, № 1, стр. 53—54.

[3] Архив Юго-Западной России. Т. X. Киев, 1904, стр. 144.

[4] Д. Зубрицкий. Летопись Львовского Ставропольского братства. ЖМНП. СПБ, 1849—1850; изд. 2-е, Львов, 1926, стр. 76.

[5] Monumenta confraternitatis Stauropigianae Leopoliensis Leopolis. 1895, tom. 1, pars 1, pag. 279—280.

[6] Архив Юго-Западной России. Т. X. Киев, 1904, стр. 735.

[7] Фонд Центрального Государственного института архива УССР во Львове: ф. 9, д. № 376, л. 253.

совета он упоминается лишь с 1606 г. в связи с пожертвованием «30 флоренов польских» (И. Шараневич). О всех этих шпиталях имеются упоминания как о действующих в 1722 г.[1]

За последнее время получены сведения о существовании в 1743 г. еще одного шпиталя в Краковском предместье Львова. Принадлежал этот шпиталь Пятницкому братству»[2].

Внутреннее устройство братской больницы было следующим:

«она состояла из шпитального дома стоимостью 100—170 злотых, из возле стоявших чуланов и хлева для коров. В середине подворья стоял досками обитый колодец. При доме был огородец, обведенный забором в 37 злотых»[3].

Шпитали возглавляли дозорцы или провизоры из старейшин братства, периодически переизбиравшиеся. Дозорцами шпиталя Успенского братства были: Иоан Пятницкий и Лука Васильевич (1604); Лукаш Бартникович и Стефан Сокальский (1607); Иван Бабич и Стефан Коваль (1608); Панко Федорович (1611—1612) и с ним: Федор Кушнер (1611) и И. Бабич (1612); Василий Городницкий и Стефан Заячкович (1616); Микола Добрянский и Павел Лавришевич (1639); Матиаш Федорович (1634—1648) и с ним: П. Лавришевич (1639), Григорий Морозович (1637), Павел Вороцовский (1641—1648), Иван Григорович (1644), Стефан Лавришевич и Стефан Зверкович (1656—1657); Семен Лавришевич (1663—1670)[4]; Киприян Кисельницкий (1692—1698)[5] и Яков Руссиянович (1733)[6]. Список дозорцев подтверждает непрерывность функционирования шпиталя. Даже после пожара 1655 г. деятельность его не прекращалась. Дозорец Стефан Лавришевич «юж учынил шпитальным бабкам мисце на зиму на предместю»[7].

Братства были полновластными распорядителями в шпиталях. В отличие от монастырских шпиталей, содержавшихся на церковные средства, братские шпитали существовали, так же как типографии и школы, за счет всех членов братства. Это обстоятельство дает основание считать братские шпитали вообще и во Львове в частности первыми зачатками народного здравоохранения на Украине.

Постоянными обитателями братских шпиталей были нищие. Однако среди них были и больные. Так, в 1643—1644 гг. в шпитале Успенского братства находились «больные ученики братской школы и какая-то „больная Нина"». В 1645 г. лежал и умер в шпитале какой-то гайдук. В 1633 г. в шпиталь приняли «хлопца шляхетського хорого». Имеются также сведения о выдаче денег на пропитание больным. В братских книгах есть запись от 27 мая 1690 г. о выдаче «больному нищему на хлеб 22 грошей». «Фоме больному дали 2 флорена». Наконец, в завещании известного члена Успенского братства Константина Корнякта отмечается, что им часть денег предназначена на «хорых в шпиталь».

Существование шпиталей имело большое значение для беднейшего русского (украинского) населения тогдашнего Львова. Ф. Лабенский (1911), ссылаясь на рукописный источник, подчеркивает, что шпитали «были большим благодеянием для русской черни в 16—17 веках, ибо русских больных в польские шпитали принимать не хотели. Пользовались ими не только русские Львова, но и провинции». Аналогичные

---

[1] Юбилейный сборник в память 350-летия Львовского Ставропигиона. Львов, 1936, ч. 1, стр. 284.

[2] Музей украинского искусства во Львове, инв. № 623, т. XV, л. 20 об.

[3] Ф. Лабенский. Русские церкви и братства на предградиях Львовских. Львов, 1911, стр. 26.

[4] Архив Юго-Западной России. Т. XI. Киев, 1904, стр. 67, 71—79, 82, 91, 104—193. 203—260.

[5] И. Шараневич. Николай Красовский. Львов, 1895, стр. 146.

[6] Он же. Юрий Елияшевич. Львов, 1895, стр. 15.

[7] Архив Юго-Западной России. Т. XI. Киев, 1904, стр. 205.

сведения по этому вопросу имеются также в исследованиях И. Флерова (1853) и А. Крыловского (1904).

Семь столетий существует древний Львов. Но только с момента воссоединения в 1939 г. Западной Украины в едином Украинском Советском государстве город за весьма короткий срок превратился в крупнейший индустриальный и культурный центр. И в знаменательную годовщину истории Львова нельзя не вспомнить тех простых людей, которые много веков тому назад положили, хотя далеко не совершенное, но первое начало народному здравоохранению на Украине.

Поступила 25/XII 1957 г.

ЛЕВОН ТИГРАНЯН

(К 50-летию со дня смерти)

Р. С. ПАРСАДАНЯН (Ереван)

Говоря об армянской медицине XIX века, нельзя не сказать о Левоне Тираняне — выдающемся враче, принимавшем активное участие в общественной жизни Армении конца XIX и начала XX века.

Левон Тигранян родился в Ереване 19 ноября 1849 г. После смерти отца мать отвозит его в Тифлис. Здесь он живет у своего дяди, известного в то время врача Артема Ованнисяна, и продолжает учебу, начатую еще в Ереванской средней школе.

В 1875 г. Тигранян кончает медицинский факультет Дерптского университета и хлопочет о получении должности врача в армии. Эту должность ему удается получить в 1877 г. Во время русско-турецкой войны молодой врач принимает участие в работе по ликвидации эпидемий, в частности эпидемии сыпного тифа в Эрзеруме. Ему предоставляют место городского и областного врача.

После окончания войны в июне 1879 г. Тигранян переезжает на родину, в Ереван, и назначается городским врачом. К этому времени относится начало его широкой общественно-врачебной деятельности. В своем доме Тигранян основывает библиотеку, которая бесплатно обслуживала население. Он часто выступает с публичными лекциями по различным вопросам здравоохранения, печатает статьи в ереванском журнале «Псак» («Венок»), организует собрания, на которых ставит на обсуждение вопросы охраны здоровья народа. Преодолев большие затруднения, он начинает в 1881 г. издавать в Ереване журнал «Здравоохранение». Это был первый медицинский журнал, вышедший в Ереване.

Тигранян организует в Ереване постоянную комиссию здравоохранения. Тогда это было невиданным в Армении явлением. Он занимается вопросами школьной гигиены, пытается провести в школе некоторые ре-

формы, предъявляет требования к школьной администрации. Будучи горячим сторонником физкультуры, он лично преподает в школах гимнастику, пропагандирует незаменимую роль физкультуры для правильного развития растущего организма. С этой целью он пишет и издает работу под названием «Гимнастика».

Велика заслуга Тираняна в деле издания медицинских словарей. Составленные им «Анатомический словарь» (Ереван, 1879) и «Словарь медицинских растений на латинском, армянском и русском языках» (Ереван, 1883) долгое время не теряли своего значения. После старинных армянских медицинских словарей («Слова гальские», словари Амирдовлата и др.) до 1924 г., когда вышел составленный В. Арцруни «Русско-латинско-армянский словарь медицинских знаний», фактически в употреблении были лишь словари Рестена, Н. Тагаваряна и Л. Тираняна.

В 1881 г. Тиранян едет в Иран на борьбу с чумой. Заметки об этой поездке были напечатаны в газете «Мшак».

Большое внимание уделял Тиранян переводческой деятельности. Он перевел на армянский язык «Лечебник» Гюго Поли. С дополнениями, сделанными к нему Тираняном, и составленным им русско-армянским медицинским словарем «Лечебник» был напечатан в 1892 г. в Тифлисе. Кроме того, Тиранян перевел на армянский язык «Ревизора» Гоголя и «Фауста» Гете. Журнал «Лума» напечатал переведенные Тираняном произведения Т. Тассо.

Заслуживает особого внимания работа Тираняна «Дерптский университет и его армянские студенты» (1890—1892).

Тираняну принадлежит инициатива организации в Ереване первой лечебницы-больницы. Документы, содержащиеся в огромном деле, называющемся «Организация Эриванской лечебницы и больницы», хранящиеся в Государственном архиве Армении, свидетельствуют о тех огромных затруднениях, которые встретил при этом Тиранян. До этого лечебных заведений в Ереване не было. Даже Ереванский губернатор был вынужден признать, что «... город не имеет какого-либо врачебно-санитарного учреждения для населения. Беднота не имеет средств для приглашения врача на дом... Таким образом беднейший класс лишен рациональной врачебной помощи».

21 февраля 1884 г. городская дума решает отпустить средства для организации больницы. Создается специальная комиссия под председательством Тираняна. Ереванские врачи представили ряд проектов устава лечебного заведения. Был утвержден устав, составленный Тираняном. Этот устав — лишнее доказательство заботы Тираняна о нуждах народа. В свой устав он ввел такие пункты, как:

«бесплатная помощь в случаях неотложных болезней; бедные больные получают лекарства со скидкой на 30 процентов;

прием больных производится ежедневно в определенные часы так называемыми „врачами бедняков“;

лечебница производит бесплатную прививку оспы всем желающим;

при лечебнице имеется дезинфекционное отделение для дезинфекции вещей заразных больных».

Открытие лечебницы-больницы затянулось на несколько лет.

Чтобы ускорить дело, Тиранян обращается к властям с письмом, в котором заявляет, что готов «принимать бесплатно неимущее население города». Следуя его примеру, такое же желание выражает и ряд других врачей.

После бесконечных заседаний и переписки дело, начатое Тиранян ом и его коллегами, увенчалось успехом — в Ереване открывается лечебница-больница.

Общественная деятельность Тираняна, его острые критические выступления в печати по адресу местных властей не остались, как и сле-

довало ожидать, незамеченными. 3 июня 1889 г. Тираняна высылают из Армении.

В 1893 г. он возвращается на родину, а в марте 1894 г. избирается Ереванским городским головой.

Тиранян стремился использовать свою должность для благоустройства города и улучшения его санитарного состояния. Однако появление в должности городского головы этого глубоко образованного и пользовавшегося всеобщим уважением человека было не по нутру губернатору и другим чиновникам. Они всячески препятствовали его деятельности, высмеивали его мероприятия. По существовавшему порядку городской голова избирался сроком на 4 года, но, преследуемый постоянными нападками,Тиранян через 8 месяцев после избрания вынужден был отказаться от своей должности.

Левон Тиранян имеет крупные заслуги в осуществлении массовых мероприятий в области здравоохранения. Это был первый врач в Армении, который не только популяризировал среди населения медицинские знания, но с целью осуществления мероприятий по здравоохранению развернул широкую общественную деятельность, оставив узкие рамки лечащего врача.

Благородное побуждение помочь трудовому народу было той силой, которая влекла Тираняна к вдохновенной общественной работе. Прогрессивной деятельности Тираняна во многом способствовали замечательные традиции русской медицины. Тиранян явился продолжателем дела блестящей плеяды русских врачей, боровшихся против невежественности и бездушия царских чиновников. Он был убежден, что для «защиты здоровья народа нужен не только врач со своими лекарствами, но главным образом нужно предупреждение болезней, чтобы болезни не могли проникнуть в наше тело».

В этих словах Тираняна выражена основная цель профилактической медицины.

Тиранян осуждал ограниченность врачей, занимающихся только лечением, и считал неестественной и ошибочной попытку заботиться о здоровье населения лишь при помощи лекарств. Нужна «такая медицина, которая не даст болезням возможности возникать, развиваться и распространяться, необходимо удалять те причины болезни, которые способствуют ее распространению»[1]. «Как много мучается людей, сколько тратит каждая семья денег, сколько умирает людей, в особенности от заразных болезней, сколько осуждают врачей за их невежество и ограниченность... Но если мы исследуем причины заболеваний, увидим, что медицина не может преодолеть нынешних затруднений до тех пор, пока профилактическая медицинская наука не займет своего почетного места, значения и применения».

Тиранян — первый в истории армянской медицины врач, который со всей принципиальностью поднял вопрос о профилактическом лечении и защиту охраны здоровья народа тесно связал со средой и бытом. Он объяснял причину распространения болезней и высокую смертность отсутствием профилактических мероприятий. Этим же он объяснял и тот факт, что показатель смертности в Армении в 3—4 раза выше, чем в других странах, где нормальным считается 16 случаев смертности в год на 1000 человек. Тиранян пришел к правильному выводу, что «...самым верным средством составления мнения об условиях жизни и экономическом положении народа является соотношение болезней и случаев смертности».

Самым первым и реальным мероприятием для борьбы против болезней, за улучшение жилищ и оздоровление быта Тиранян считает создание лечебных комиссий. Лечебная комиссия «должна быть вдох-

[1] Здравоохранение, 1881, № 1.

новителем, организатором, центром этого дела». Тигранян выразил мнение, что ни один город нельзя считать благополучным по заразным болезням, если в нем нет санитарной комиссии, которая бы заботилась о санитарном положении и вопросах здравоохранения вообще. «Комиссии, состоящие из представителей различных слоев населения, должны восполнить недостаток в этом органе городского управления».

Тигранян был организатором и первым председателем постоянной лечебной комиссии в Ереване. Эта постоянная комиссия, которая была создана 19 сентября 1880 г., много поработала над установлением в городе санитарного порядка и успешно боролась против болезней. Тигранян часто выступал в печати со статьями о работе этой комиссии, публиковал отчеты комиссии и написал ряд инструкций по санитарным вопросам. Он серьезно изучил санитарное состояние города. Его замечания о быте населения Еревана, санитарном состоянии и движении болезней являлись результатом конкретного и подробного изучения. Это подтверждает его исследование «Ереван с точки зрения здравоохранения», написанное Тираняном в 1880—1881 гг. Впоследствии оно было напечатано в журнале «Здравоохранение» (1881, № 2, стр. 47—63). Исследование носит подзаголовок «Народная лекция». Перед основным текстом перечислены вопросы, которые были изучены автором: «Естественное положение Еревана, вода, канавы, колодцы, болота, атмосфера и их влияние на жизнь жителей».

Как уже указывалось, большое значение придавал Тигранян школьной гигиене. Он неоднократно отмечал, что дело охраны здоровья детей предано в школах забвению. Все те знания, которые преподаются в школах, призваны служить лишь умственному развитию учащихся. Ученики знакомятся в школе с очень и очень многими вопросами, в той или иной степени овладевают различными знаниями, но, к сожалению, как отмечает Тигранян в своей статье «Главный недостаток школ» (Здравоохранение, 1881, № 3), в школе не учат самому главному — гигиене. Он указывает, что «сведения по гигиене необходимы каждому человеку, как хлеб, независимо от того, к какому полу принадлежит человек, мужскому или женскому, невежественен или учен, беден или богат. Сведения о гигиене человеку нужны быть может больше, чем чтение или письмо». В этой статье Тигранян приводит убедительные примеры для доказательства необходимости преподавания гигиены. Он находит, что «если в школе ученика обязывают учить, какие существовали сотни лет назад государства, который из государей победил в войнах, какие имеются в Америке горы и реки, какой падеж требует то или иное слово того или иного древнего языка, то не более ли естественно и важно учить его тем способам, при помощи которых он может избегнуть болезней или в случае заболевания скоро поправиться?». Тигранян находит, что школа обязана не только развивать мысль ребенка, но и его тело, учить, как ребенок должен сохранить свое здоровье.

Тигранян гневно обрушивается на преподавателей и директоров школ, которые не чувствуют допущенной ими непростительной ошибки. Он спрашивает их, «не чувствуют ли они, что наряду с заучиванием фраз о победах Александра Великого, об архитектурных сооружениях в столицах зарубежных стран, о реках Америки и различных островах чрезвычайно важно, чтобы ученик знал, какие дела творятся в его теле». Тигранян сурово осуждает людей, «которые вольно или невольно готовят в школах людей не для жизни, а как будто для школы».

Однако Тигранян не считает главным личную профилактику. Профилактическое лечение он рассматривает, исходя из общих интересов населения. «Если хочешь быть здоровым, старайся, чтобы был здоровым твой сосед, также и все граждане... Если твой сосед заболевает тифом, в городе распространяется холера, чума или другие эпидемические заболевания, никто не может чувствовать себя обеспеченным от опасности

заболевания. Если люди хотят обезопасить себя от подобных заболеваний, они должны сделать все, чтобы ликвидировать очаг заражения». Нечего и говорить, что в социально-экономических условиях того времени нельзя было ожидать, чтобы предлагавшиеся Тираняном мероприятия могли увенчаться успехом. Но значение Тиграняна как врача и общественного деятеля и состоит именно в том, что всю свою энергию он использовал для помощи трудовому народу хотя бы в пределах имевшихся небольших возможностей. Он находит необходимым создать хотя бы в городах небольшие учреждения здравоохранения, где больным будет оказываться помощь по возможно доступной цене; «желательно, чтобы врачи принимали там больных бесплатно, чтобы и бедняки могли получать медицинскую помощь».

Долгие годы Левон Тигранян находился в центре медицинского дела Армении и благодаря своей смелости и инициативе сделал очень много в области как теоретической, так и практической медицины.

Поступила 23/VII 1957 г.

ВЫДАЮЩИЙСЯ ПОЛЬСКИЙ ВРАЧ ВЛАДИСЛАВ БЕГАНЬСКИЙ

Ю. И. РАФЕС (Днепропетровск)

В 1957 г. исполнилось 100 лет со дня рождения и 40 лет со дня смерти одного из выдающихся польских врачей и философов — Владислава Беганьского. Развитие им основных положений морального поведения и воспитания медицинского работника определило место, которое занимает Владислав Беганьский в истории польской медицины.

В тяжелых условиях начал Беганьский свою работу в небольшой провинциальной больнице. Только благодаря исключительным способностям, настойчивости, преданности любимому делу, неиссякаемой энергии и трудолюбию достиг он замечательных успехов.

Как работами, так и всей своей деятельностью Беганьский оказал огромное влияние на формирование взглядов врачебной общественности, особенно в провинции. «Не будет хорошим врачом тот, кто не является хорошим человеком», — эти слова являлись основным девизом его творчества, проходящим красной нитью через всю научную и практическую деятельность Беганьского.

В своем выдающемся труде «Мысли и афоризмы о врачебной этике» (1897) Беганьский выступил как пропагандист борьбы за высокие идеалы врачебной этики, за воспитание врачей в духе беспредельной преданности своему делу, обществу и народу.

Большое значение придавал Беганьский системе медицинской подготовки. С особой силой звучат его слова: «Не только за знания вы должны бороться, но и за сердце. Развивайте в учениках сочувствие, прививайте им чувство ответственности, учите, что больной — это не только менее или более интересный патологический случай, но несчастный человек, наш близкий. Учите при этом не словами, а собственным примером... Ученик от своего учителя воспринимает не только знания, но и всю методику трактовки больных. Отсюда и качество учителя должно определяться не только его знаниями, не только его заслугами для науки, но и моральными качествами».

Обращаясь к профессорам и руководителям клиническими занятиями, Беганьский подчеркивал, что «врача учит и одновременно воспитывает больница, клиника» и поэтому необходимо во время занятий приви-

вать бережное, чуткое отношение к больному. «Пусть помнят, что за плохие навыки врачей они ответственны перед обществом».

Указывая на значение воспитания в подготовке медицинского работника, Беганьский отмечает, что источник действий врача лежит не только в его мыслях, но и чувствах: «Современная медицина заботится главным образом о знаниях, об образовании своих учеников, проходя мимо того, что в деятельности врача имеет, пожалуй, большее значение — воспитание. Поэтому современные врачи, может, и являются более образованными, но очень часто как для врачей — плохо воспитаны».

Под словами «воспитание врача» Беганьский имел в виду воспитание таких качеств, как гуманность, преданность делу, сердечность и сочувствие к больному человеку.

Глубокой горечью проникнуты его мысли о том, как тяжело в условиях капиталистического строя черпать врачам этические идеалы. «В качестве ученика медика они видят в клиниках и больницах только раболепное преклонение перед знаниями, эрудицией и интересными случаями; в качестве врача встречают на практике неизменную погоню за копейкой, зависть и борьбу за быт. В таких условиях, даже самая горячая душа может остыть».

Тем не менее Беганьский неустанно призывает молодежь к высокой врачебной этике. «Не заслужишь доверия больного, если не будешь ему сочувствовать, ибо человек никогда не доверит самого своего дорогого клада — жизни — лицу, в сердечности которого он не уверен. Не заслужишь доверия больного, если хорошо его не обследуешь и внимательно не выслушаешь его жалоб, так как больной не будет верить, что ты познал его страдание. Не заслужишь доверия больного, если не выскажешь своего мнения и совета решительно, без колебаний, так как больной никогда не поверит в то, в чем ты сам не уверен... Больной человек находит облегчение, если может перед кем-нибудь раскрыть свои страдания. Врачи должны об этом помнить и не раздражаться долгим иногда рассказом больных. Это давно установленный факт, что боль и страдание уменьшаются при плаче и беседе. Настойчивое и умелое собирание анамнеза является иногда решающим в успехе врача».

Беганьский обращал внимание на то, что врач должен быть полноценным членом общества, жить и работать для общества. «Достижение эгоистических целей вызывает в знаниях человека в лучшем случае пустоту, а иногда отвращение и неудовлетворенность. Во то же время достижение идеалов общества сопровождается всегда стойким и постоянным удовлетворением».

В творчестве Беганьского неоднократно подчеркивается роль и значение «простого человека», незаметного труженика-врача, тесно связанного с народом и работающего для народа.

Героические дела такого работника,— пишет Беганьский,— больше заслуживают признания, нежели многие поспешные, но незрелые научные открытия.

Беганьский указывает на пользу медицинских журналов, которые, рассказывая о жизни врачей, посвятивших себя служению народу, тем самым способствуют распространению этических идеалов.

«Вспомним, что говорил великий знаток человеческой души Шекспир: один хороший поступок, теряющийся без упоминания, не допускает появления тысячи других, готовых последовать за ним».

Беганьский высмеивает тех, которые сводят врачебную этику к законам, параграфам и инструкциям. «Думаю, что эти инструкции останутся навсегда мертвыми буквами, если не будут исходить из чувства собственной ответственности врача и тех идеалов, которые должны вдохновлять нашу деятельность».

Велико значение работы Беганьского, некоторые отрывки из которой мы привели выше, и можно согласиться с одним из знатоков его творче-

ства — проф. К. Ровиньским, что «мысли, которые написаны более шестидесяти лет тому назад, иногда очень хорошо могут быть использованы сегодня».

В условиях социалистического общества — общества свободного от эксплуатации, общества, где людей связывает дружба и сплоченность в борьбе за лучшее будущее, труды Владислава Беганьского, проникнутые жизнеутверждающей верой в прогресс, справедливость и высокие гуманные идеалы, помогают молодым врачам в освоении их трудного, но почетного дела.

Польская медицинская общественность глубоко чтит память выдающегося врача. На состоявшемся в конце апреля 1957 г. торжественном заседании Врачебного общества в Ченстохове, основателем которого был Владислав Беганьский, собрались научные работники и врачи-практики со всей страны. Было заслушано много докладов о жизни, деятельности и наследии замечательного врача-мыслителя. Министерство связи выпустило почтовую марку с изображением Беганьского. Польское общество историков медицины готовит в ближайшее время специальный номер своего органа — «Архива истории медицины», посвященный В. Беганьскому.

О жизни и работе Беганьского рассказывает выставка, открывшаяся в помещении Врачебного общества в Ченстохове. Труды Беганьского издает Польское государственное издательство медицинской литературы.

Вопросы врачебной этики занимали умы крупнейших врачей и в нашей стране. Деонтология, т. е. «учение о должном», нашла большое место в работах С. П. Боткина, И. П. Павлова, Н. И. Пирогова, В. В. Вересаева. В советское время вопросы деонтологии разрабатывались в трудах проф. Н. Н. Петрова.

Гуманность и человечность всегда были свойственны лучшим представителям русской медицины, и поэтому советским врачам особенно близки идеалы выдающегося польского врача Владислава Беганьского.

Поступила 4/VI 1957 г.

ОПЫТ ПРЕПОДАВАНИЯ ИСТОРИИ МЕДИЦИНЫ В ВУЗЕ

Проф. М. П. МУЛЬТАНОВСКИЙ (Москва)

С 1912 г. на медицинском факультете Московских высших женских курсов (из которого впоследствии в 1918 г. образовался II Московский медицинский институт) Л. А. Тарасевич, руководивший в то время кафедрой медицинской бактериологии, начал читать курс по истории медицины для студентов 11-го и 12-го семестров (час в неделю).

При обсуждении в Ученом медицинском совете в июне 1920 г. вопросов реформы медицинского образования по предложению Л. А. Тарасевича в резолюцию был включен пункт о том, что «история медицины предлагается в качестве рекомендуемого предмета». Это получило отражение в разработанном тогда проекте учебного плана.

В 1930 г. II Московский медицинский институт выделился в самостоятельное учебное заведение с двумя факультетами: лечебным и педиатрическим. Одновременно с этим разделением возобновилось преподавание истории медицины и уже в 1931—1933 гг. на первом курсе читался вводный курс «История медицины». С 1932/33 учебного года в программе курса кафедры социальной гигиены был выделен специальный раздел истории медицины, ставший факультативным курсом. Позднее курс был превращен в кафедру истории медицины. В последующие годы

в вузе читались лекции по истории медицины, материалы которых получили отражение в ряде опубликованных Г. А. Баткисом и К. В. Майстрах журнальных статей (1936—1938).

Опыт проведения этих лекций дал возможность разработать основные положения преподавания истории медицины в вузе, в результате курс истории медицины был принят как обязательный. Он был рассчитан на 17—18 двухчасовых лекций для студентов 7-го семестра.

С весны 1944 г. в нескольких медицинских вузах, в том числе и II Московском медицинском институте, были учреждены кафедры истории медицины.

В апреле 1944 г. в институте было начато чтение лекций по новой программе для студентов 8-го семестра лечебного и педиатрического факультетов. Основной задачей этих лекций было не только ознакомление с отдельными замечательными открытиями в медицине и биографиями ее деятелей, а изложение истории медицинских идей и систем в их последовательности и связи с общим развитием науки на отдельных этапах истории человечества. Эти отправные положения легли в основу всей последующей работы кафедры. В лекциях обращалось внимание на неизвестные студентам из вводных лекций по другим дисциплинам события, факты и имена. При изложении истории отечественной медицины широко использовались новые неопубликованные материалы (в частности, из научных работ преподавателей).

В весеннем семестре 1943/44 учебного года было прочитано 10 лекций по всеобщей истории медицины, а в осеннем семестре следующего учебного года — лекции по истории отечественной медицины. В последующие учебные годы курс лекций читался студентам V курса (8 лекций по истории всеобщей медицины и 6 лекций по истории отечественной медицины), причем он сопровождался демонстрацией иллюстрационного материала.

Для преподавания истории медицины в высшей медицинской школе большое значение имели решения ЦК ВКП(б) по идеологическим вопросам, принятые в 1946—1948 гг., и дискуссии, проведенные в 1948—1950 гг. Интерес к истории медицины, в особенности к истории отечественной медицины, у преподавателей высшей школы значительно возрос. В 1950 г. на Совете профессоров, советах факультетов и конференциях института с докладами по истории отечественной медицины в области физиологии, патологии, микробиологии, педиатрии и внутренних болезней выступали руководители ряда кафедр института: Э. А. Асратян, Д. А. Бирюков, Д. Д. Лебедев, Б. Н. Могильницкий, А. И. Нестеров, Н. И. Розанов и В. Д. Тимаков.

По шестилетнему учебному плану был введен обязательный 36-часовой курс истории медицины с экзаменом. Преподавание стало проводиться по вновь утвержденной программе. Студенты четвертых курсов обоих факультетов прослушали полный курс лекций (8 по истории всеобщей медицины и 10 по истории отечественной и советской медицины). Кроме того, для студентов первых курсов в течение ряда лет читалась вводная лекция об основных исторических чертах отечественной медицины. С 1951 г. дополнительно были введены семинарские занятия (18 часов).

Преподавание истории медицины на лечебном факультете в 1948—1955 гг. оставалось без изменений и проводилось на IV курсе. На педиатрическом же факультете лекции читались то на IV, то на V курсах. Положение не изменилось и при переходе на новый учебный план медицинского института в 1955 г. Сначала предполагалось на обоих факультетах перенести преподавание истории медицины на 9-й и 10-й семестры, в связи с этим в 1955/56 учебном году кафедра не имела педагогической нагрузки, что повлекло за собой значительное сокращение штатов. К 1956/57 учебному году план подвергся новому пересмотру, в результате чего на лечебном факультете преподавание истории медицины

было перенесено вновь на IV курс, а на педиатрическом — оставлено на V курсе, при этом число часов обязательных лекций сокращено до 20. В лекционном курсе вследствие малого количества часов приходилось останавливаться только на наиболее важных и сложных вопросах. Намеченные по новому учебному плану на V курсе дополнительные факультативные лекции (20 часов) прочесть не удавалось ввиду большой загруженности студентов. По этому же плану число часов для семинарских занятий по лечебному факультету сокращено до 12, по педиатрическому — до 16, экзамен заменен зачетом.

Частые изменения в учебном плане и перенос курса истории медицины с одного семестра на другой, а главное — существовавшие в 1952—1954 гг. тенденции ликвидировать историю медицины как отдельный предмет преподавания в медицинском институте значительно повредили делу. У студентов, общественных организаций и части руководящих работников вуза сложилось мнение, что курс истории медицины в высшей медицинской школе является чем-то необязательным, дополнительным, факультативным, что его можно сократить и даже совсем ликвидировать.

О роли курса истории медицины был поставлен вопрос весной 1951 г., когда Совет профессоров заслушал и обсудил доклад о преподавании этой дисциплины. Основные положения доклада были предварительно обсуждены в методической комиссии института и разосланы на все кафедры. Совет профессоров вновь высказался за то, чтобы ознакомление с прошлым медицины возлагалось не только на одну кафедру истории медицины и чтобы в вузе проводилась целостная система мероприятий в этом направлении.

В докладе на примере анализа программ, существовавших в 1951 г. по теоретическим и клиническим предметам, а также опыта проведения государственных экзаменов, было показано, что представители основных медицинских дисциплин не уделяли достаточного внимания вопросам исторического освещения материала. Наряду с этим на положительных примерах показывалось, как нужно устранить отмеченные недостатки.

Задача кафедры истории медицины заключается в преподавании основных исторических сведений по развитию медицины (наиболее широких проблем и поворотных этапов в ее истории), вокруг которых объединяются и дополнением к которым служат сообщаемые на других кафедрах сведения более частного характера. Курс истории медицины должен дать студентам представление о передовых чертах отечественной медицинской науки, ее качественных отличиях, идейном превосходстве и ведущих прогрессивных направлениях. Кафедре истории медицины принадлежит почетная роль не только в обучении, но и в воспитании будущего врача; под этим углом зрения ею должны освещаться вопросы истории медицины и ее отдельных крупных специальностей.

Кафедра II Московского медицинского института разработала методику организации семинарских занятий. Опыт проведения их еще в 1951 г. был подвергнут обсуждению в отделе истории Института организации здравоохранения и истории медицины имени Н. А. Семашко, а затем освещен в печати и в ряде докладов. Методические разработки кафедры были направлены преподавателям истории медицины во многие медицинские институты.

Основной целью семинарских занятий по истории медицины является ознакомление студентов с подлинными, наиболее характерными произведениями выдающихся представителей отечественной медицины. Значительно меньшую роль на семинарских занятиях должны играть книги и статьи о деятельности выдающихся врачей. В статье, опубликованной нами в 1952 г. в журнале «Советское здравоохранение», была дана более подробная мотивировка этих положений. Многочисленные переиздания произведений видных представителей отечественной медицины, появив-

шиеся за последние годы, существенно облегчают проведение таких занятий. Теперь в исключительных случаях мы вынуждены прибегать к историко-медицинским монографиям и биографическим очеркам. Практика семинарских занятий по истории медицины, пополняющих конкретными фактами лекционный курс, показала их необходимость и жизненность.

В течение ряда лет семинарские занятия проходили в институте по цикловому методу, т. е. группа студентов в течение 6 дней занималась ежедневно по 3 часа. Во время этих занятий студенты получали рекомендуемую для проработки литературу и методические указания. Дома они готовили небольшой письменный доклад и зачитывали его на занятиях. Руководитель дополнял, исправлял и резюмировал этот материал. Рукописи докладов просматривались на кафедре.

В 1956/57 учебном году нам была предоставлена возможность проводить занятия по курсовому расписанию: на лечебном факультете группа студентов раз в неделю посещает двухчасовые занятия в течение 6 недель, на педиатрическом — в течение 8 недель. Литературой студенты пользуются в библиотеке института. Переход на курсовое расписание дал возможность значительно повысить качество докладов студентов, получивших больше времени для их подготовки.

Кафедра год от года совершенствует методику занятий и пересматривает их тематику. В настоящее время, например, тематика семинарских занятий на лечебном факультете имеет следующее содержание. На первом занятии после вступительного слова преподавателя с объяснением задач и методики семинаров проводится распределение тем докладов и даются методические указания по отдельным темам. На втором занятии, посвященном истории отечественной медицины XVIII века, заслушиваются 5—6 докладов студентов о Зыбелине, Самойловиче, Шумлянском, Амбодике и Щепине. На следующем занятии («Отечественная медицина первой половины XIX в.») студенты делают доклады о Мудрове, Мухине, Дядьковском, Пирогове, Буяльском и Иноземцеве. На четвертом и пятом занятиях освещаются вопросы истории медицины в капиталистической России в докладах о Сеченове, Боткине, Захарьине, Остроумове, Склифосовском, Снегиреве, Дьяконове, Мечникове и Гамалее. На последнем занятии в докладах о Семашко, Соловьеве, Павлове, Бурденко, Киселе и Кончаловском освещаются история и формирование основных черт советской медицины. Наряду с перечисленными делаются и вводные доклады, характеризующие большие исторические периоды. По ряду тем студенты при подготовке докладов используют диссертации сотрудников кафедры. На педиатрическом факультете, где предусмотрено 8 занятий, медицине первой половины XIX века посвящается не одно, а два занятия, а медицине капиталистической России — три занятия. Это дает возможность более подробно останавливаться на изучаемом материале. Учитывая специфику педиатрического факультета, на занятиях более детально останавливаются на взглядах Зыбелина по вопросам педиатрии и вводятся доклады о Хотовицком, Тольском и Н. Ф. Филатове.

Большинство студентов проявляет интерес к семинарским занятиям по истории медицины и понимает их значение. Они отмечают, что ознакомление с подлинными произведениями виднейших представителей отечественной медицины позволяет более глубоко понять их заслуги и ход развития медицины. Многие студенты не ограничиваются чтением указанной в методических разработках литературы и представляют очень содержательные доклады. Нередко такие доклады выносятся повторно на заседаниях студенческих научных кружков на других кафедрах.

Введение курса истории медицины повысило у студентов интерес к прошлому отечественной медицины, что получило отражение в деятельности научного студенческого общества. В студенческих научных кружках при ряде кафедр регулярно проводятся доклады на историко-медицинские темы. Лучшие из них бывают представлены на конференции на-

учного студенческого общества. Специальный кружок создан и при кафедре истории медицины и объединяет студентов разных курсов.

Как и раньше, методическая работа на кафедре в последние годы не ограничивается вопросами, связанными с проведением лекций и семинарских занятий. Кафедра приняла активное участие в пересмотре программы курса истории медицины в 1950—1951 гг. и в 1955 г. Работники кафедры публиковали свои труды и статьи, неоднократно выступали с докладами и лекциями по важнейшим вопросам истории медицины перед преподавателями вузов, аспирантами, клиническими ординаторами, а также перед участниками научной сессии Института организации здравоохранения и истории медицины имени Н. А. Семашко.

Кафедра принимает участие в работе проблемной комиссии института в обсуждении планов и рукописей работников других кафедр по историко-медицинской тематике. За последние годы в учебниках, диссертациях, монографиях и статьях, подготовленных на ряде кафедр, появились обстоятельные исторические разделы.

Работники кафедры выступали с докладами на Совете профессоров и на конференциях института, посвященных памяти Сеченова, Мечникова, Остроумова, Суворова, а также празднованию 800-летия Москвы и др.

Кафедра проводит большую работу по пропаганде историко-медицинских знаний вне института. Силами ее был организован курс лекций по истории отечественной медицины для врачей Министерства здравоохранения РСФСР, проведены лекции и доклады в московских научно-исследовательских и практических медицинских учреждениях, а также в медицинских обществах (историко-медицинском, детских врачей, фтизиатров и др.).

Кафедра принимала участие и в разработке вопросов истории отечественной медицины. Кроме публикации лекций и очерков (об Остроумове и Сеченове), были проведены большие исследования по истории медицины в России в XVIII веке (Громбах). Начиная с 1951 г. кафедра работала в основном над двумя вопросами: история отечественной медицины середины XIX века и медицинская наука перед Великой Октябрьской социалистической революцией и в первые годы советской власти. В ходе этих работ выяснялись корни и истоки бурного развития отечественной медицины во второй половине XIX века, изучалась научная обстановка, в которой формировались естественнонаучные и медицинские воззрения И. М. Сеченова, С. П. Боткина и других видных представителей отечественной медицины этого периода. Работы сотрудников и аспирантов кафедры показали в новом, более полном освещении роль и значение в развитии отечественной медицины таких ее крупных представителей, как И. Е. Дядьковский и его ученики: И. Т. Глебов и К. В. Лебедев, Г. И. Сокольский, Е. О. Мухин, Н. И. Пирогов, Ф. И. Иноземцев, И. В. Варвинский и П. Л. Пикулин. Это существенно дополнило сведения о до сих пор недостаточно разработанном периоде в развитии медицинской науки, медицинского образования и общественной медицины. По второй проблеме кафедра разрабатывала вопросы на материалах о И. П. Павлове, И. И. Мечникове, Л. А. Тарасевиче, Л. П. Александрове, А. А. Киселе и А. И. Яроцком. Кроме того, изучались вопросы истории и библиографии отечественной медицинской печати и истории учения о туберкулезе (М. П. Мультановский).

В связи с исполнившимся в 1956 г. пятидесятилетием со дня основания медицинского факультета Московских высших женских курсов был обработан материал по истории кафедры института и составлен ряд исторических очерков.

* * *

За годы существования курса истории медицины в медицинских институтах определились его характер и направление. В настоящее время основная задача кафедр состоит в повышении качества преподавания,

углублении содержания лекций и увеличении самостоятельности студентов на семинарских занятиях. Совершенно закономерно, по нашему мнению, преподаватели истории медицины расценивают свою работу, как важную часть идейно-воспитательной работы медицинского института. Курс истории медицины на конкретном материале истории естествознания и медицины способствует выработке у будущих советских врачей диалектико-материалистического мировоззрения, укреплению советского патриотизма и усвоению благородных традиций лучших представителей медицины.

Поступила 22/VI 1957 г.

ДИНАМИКА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ И СМЕРТНОСТИ ОТ ТУБЕРКУЛЕЗА ПО ГОРОДАМ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ [1]

Н. В. ДОГЛЕ

Из кафедры организации здравоохранения (зав. — проф. Н. А. Виноградов) Центрального института усовершенствования врачей и Научно-методического бюро санитарной статистики (дир. Л. А. Брушлинская) Министерства здравоохранения РСФСР

Достижения в борьбе с туберкулезом составляют одну из ярких страниц истории советского здравоохранения. Эти успехи стали возможны благодаря тому, что советская страна ликвидировала социальные условия, порождающие туберкулез.

В условиях всемерного улучшения материального благосостояния советского народа и его культурного роста задача дальнейшей борьбы с туберкулезной инфекцией, однако, не потеряла своего большого практического значения. Активное предупреждение заболеваемости туберкулезом и последующая его ликвидация как массового заболевания в прошлом обрели при этом реальную основу.

Освещая динамику заболеваемости и смертности населения от туберкулеза, статистика характеризует эффективность проводимых санитарно-оздоровительных и лечебно-профилактических мероприятий и тем самым помогает найти правильные пути борьбы с болезнью.

Проблема борьбы с туберкулезом на протяжении всей истории советского здравоохранения постоянно привлекала к себе внимание не только работников противотуберкулезных учреждений, но и всей медико-санитарной службы СССР.

Настоящая статья ставит перед собой задачу дать анализ заболеваемости и смертности от туберкулеза в городах Российской Федерации за 1948—1956 гг. В качестве материалов для изучения взяты данные 12 городов: Москвы, Ленинграда, Горького, Куйбышева, Саратова, Свердловска, Ростова-на-Дону, Перми, Новосибирска, Омска, Сталинграда и Челябинска.

В этих городах республиканского подчинения, являющихся крупными научно-исследовательскими центрами, в первую очередь внедрялись в практику достижения медицинской науки, благодаря чему мероприятия по борьбе с туберкулезом нашли здесь наиболее полное отражение. Наличие квалифицированных кадров статистиков обеспечивало и более точные статистические материалы.

К тому же, недостатки, отмеченные в работе противотуберкулезных учреждений этих городов, типичны и для других городских поселений РСФСР.

---

[1] Доложено 22 мая 1957 г. на научной конференции кафедры организации здравоохранения и кафедры туберкулеза Центрального института усовершенствования врачей.

В числе больных, состоящих под наблюдением врачей противотуберкулезных учреждений, так же как и в числе впервые зарегистрированных, основную массу (до 90%) составляют больные активным туберкулезом легких. В связи с этим мы сочли необходимым прежде всего остановиться на вопросах заболеваемости населения активным туберкулезом легких.

В 1956 г. в указанных 12 городах больных с активной формой туберкулеза легких было впервые зарегистрировано и взято на учет на 59,6% меньше, чем в 1948 г. Из этого следует, что с 1948 по 1956 г. произошло значительное уменьшение заболеваемости населения, так как наряду с сокращением числа заболевших общая численность населения увеличилась как за счет естественного прироста, так и за счет притока населения сельских местностей и других городов. Следовательно, ежегодное неуклонное уменьшение числа вновь взятых на учет больных активным туберкулезом легких свидетельствует о резком снижении заболеваемости населения (см. диаграмму № 1).

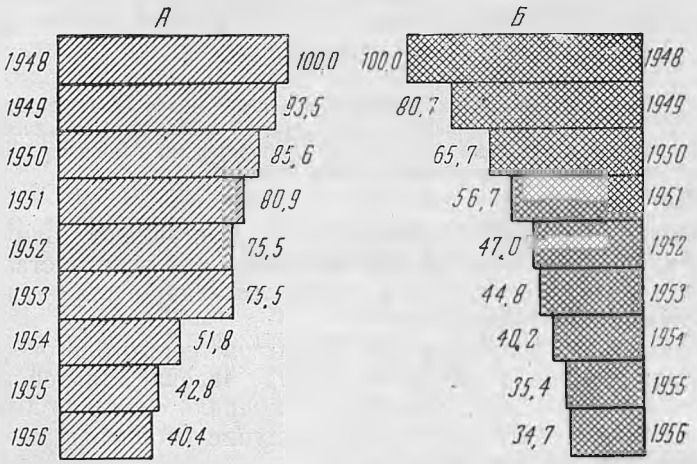

Диаграмма № 1

А — вновь диагностировано больных активным туберкулезом легких; *Б* — обнаружено вновь бацилловыделителей из числа не состоявших ранее на учете противотуберкулезных учреждений (в процентах к 1948 г.).

Необходимо отметить, что проводимые противотуберкулезные мероприятия оказались наиболее эффективными в отношении детей, в результате чего детская заболеваемость снижалась значительно более быстрыми темпами, чем заболеваемость взрослых и подростков.

В 1956 г. было впервые зарегистрировано больных активным туберкулезом детей в 3 раза с лишним меньше, чем в 1948 г. При этом резко уменьшилось количество детей тяжелыми, прогрессирующими или далеко зашедшими формами туберкулеза. В 1956 г. было вновь обнаружено больных с открытой формой туберкулеза легких на 65,3% меньше, чем в 1948 г. При рассмотрении количества впервые заболевших активным туберкулезом легких по отдельным городам необходимо отметить различные темпы снижения заболеваемости.

В рассматриваемый период резкое уменьшение заболеваемости активным туберкулезом легких было связано с увеличением общей и противотуберкулезной сети медицинских учреждений, ростом числа врачей и, в частности, фтизиатров, повышением их квалификации и совершенствованием методов работы.

Так, в 1956 г. в указанных 12 городах Российской Федерации функционировало 421 противотуберкулезное учреждение против 350 имевшихся в 1950 г. На конец 1956 г. во врачебных стационарах этих городов было 7868 коек для взрослых и 2690 коек для детей, больных туберку-

лезом. Кроме того, более 6000 коек для взрослых и детей, больных туберкулезом, были организованы в санаториях. В противотуберкулезных учреждениях этих городов в 1950 г. работало 1565 врачей-фтизиатров, а в 1956 г. их было уже 2018.

На протяжении всей истории организации борьбы с туберкулезом в нашей стране всегда уделялось большое внимание вопросам своевременного выявления туберкулеза, что, естественно, вытекает из профилактического направления советской медицины.

Раннее и своевременное выявление туберкулеза создает большие возможности для эффективного его лечения, сохранения и восстановления трудоспособности больных и осуществления широких плановых социально-профилактических мероприятий по борьбе с туберкулезом как инфекционным заболеванием. О масштабах мероприятий по раннему выявлению туберкулеза, проводимых за последние годы, можно судить по размерам медицинских профилактических осмотров, которые с 19949 по 1956 г. получили широкое развитие.

В результате проведенных мероприятий, направленных на улучшение работы врачей по раннему и своевременному выявлению больных туберкулезом, значительно снизился процент далеко зашедших форм туберкулеза, в том числе впервые диагностированного активного туберкулеза легких. Так, в 1954 г. больные хроническим фиброзно-кавернозным и диссеминированным туберкулезом в фазе распада и обсеменения, в том числе первичных больных активным туберкулезом легких, составляли 13,7%, в 1955 г. — 12,3%, а в 1956 г. — 11,8%.

В результате проведенной в течение последних лет большой и упорной работы по раннему выявлению больных туберкулезом они стали более своевременно поступать под наблюдение врачей и противотуберкулезных учреждений. Вследствие этого с 1949 по 1956 г. почти в 5 раз снизилось число умерших взрослых больных, которые при жизни состояли под наблюдением диспансера менее 1 года.

Таким образом, отмеченное выше непрерывное уменьшение числа больных с впервые диагностированным активным туберкулезом в условиях массового развития профилактических осмотров населения, уменьшение числа больных, выявленных при осмотрах, и уменьшение запущенных форм позволяют сделать вывод, что заболеваемость в рассматриваемый период неуклонно снижалась. Благоприятные исходы заболевания у больных туберкулезом легких в 1956 г. наблюдались значительно чаще, чем в предыдущие годы.

В среднем по 12 городам РСФСР в 1949 г. 7,7% бациллярных больных перестали выделять туберкулезные бактерии и были сняты с учета. В 1956 г. показатель абациллярности составлял уже 14,1%.

Летальность больных-бацилловыделителей, состоявших под наблюдением диспансера, является более объективным показателем, чем показатель абациллярности. Вместе с тем уровень летальности в большой степени зависит от своевременности выявления заболеваний и применения наиболее рациональных методов лечения, качества диспансерного обслуживания, правильной организации ухода и лечения в стационарах, санаториях и на дому, иначе говоря, от всего комплекса мероприятий по борьбе с туберкулезом.

Медицинская наука, давшая практическому здравоохранению за последние годы такие мощные средства борьбы с туберкулезом, как стрептомицин, ПАСК, тибон, фтивазид и др., обусловила значительное снижение летальности при туберкулезе. В 1956 г. больных с открытой формой туберкулеза легких умерло в среднем на 60% меньше, чем в 1948 г., и показатель летальности составлял 5,8% против 12,6% в 1949 г.

Начиная с 1953 г. в среднем по городам РСФСР положительные результаты при лечении больных с открытой формой туберкулеза легких стали наблюдаться чаще, чем отрицательные: кривая летальности пере-

секла в 1953 г. кривую абациллярности и затем стала значительно ниже ее.

В рассматриваемых городах республиканского подчинения эти кривые пересеклись в 1951 г., т. е. на 2 года раньше, а в Москве и Ленинграде это явление было отмечено еще в 1950 г. (см. диаграмму № 2).

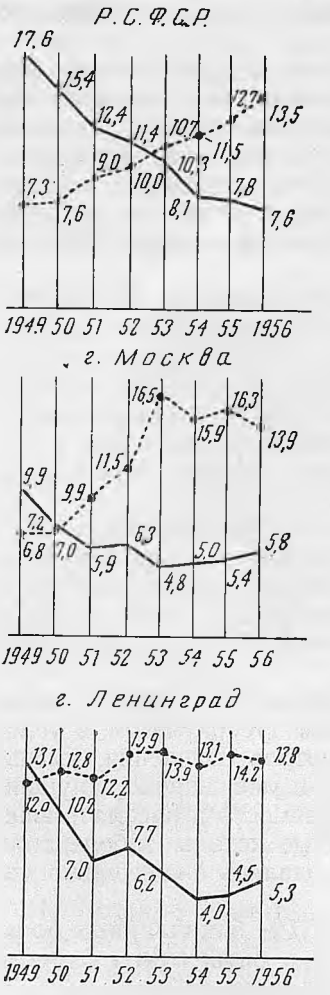

Диаграмма № 2
Исходы лечения бациллярных больных.

Общеизвестно то положение, что величина показателя смертности обусловливается размерами заболеваемости и летальности.

Смертность от туберкулеза в крупных городах РСФСР накануне Великой Отечественной войны находилась на уровне, значительно более низком, чем до Октябрьской революции. За 30 лет, с 1910 по 1940 г., смертность уменьшилась по Москве более чем в 2 раза, по Ленинграду — на 47,7%, по Горькому — на 29,1%, по Саратову — на 20%.

Процесс снижения смертности от туберкулеза после 1919—1920 гг. (годы гражданской войны и интервенции) носил планомерный и устойчивый характер. Это показали в своих исследованиях П. А. Кувшинников по Москве и Е. Бен по Ленинграду. Кроме того, на материалах смертности от туберкулеза среди московского населения П. А. Кувшинников показал, что темпы снижения в послереволюционное время были более значительными, чем в период, предшествовавший первой мировой войне. Процесс неуклонного снижения смертности от туберкулеза, имевший место в городах РСФСР после Великой Октябрьской социалистической революции, в годы Великой Отечественной войны временно прекратился. Рост смертности от туберкулеза явился одним из тяжелых последствий этой войны. А. Е. Рабухин, И. И. Людвиновский отмечали в своих работах, что в 1942 г. уровень смертности от туберкулеза в ряде городов достиг своего максимума, в $1^1/_2$—2 раза превышая довоенные показатели. Но уже с 1943 г. благодаря улучшению материального благосостояния жилищных условий и проведению широких противотуберкулезных мероприятий прекращается рост смертности от туберкулеза. В ряде городов она уже в 1943 г. начала быстро снижаться, а с 1944 г. последовало дальнейшее повсеместное ее снижение.

Фактические материалы о размерах и темпах снижения заболеваемости, летальности и смертности от туберкулеза свидетельствуют о том, что советское здравоохранение, систематически и планомерно осуществляя комплекс социально-гигиенических и медицинских мероприятий, достигло значительных успехов в области борьбы с туберкулезом. Признавая, что ведущая роль принадлежит социально-гигиеническим мероприятиям — дальнейшему улучшению жилищных условий, организации рационального питания, правильному чередованию труда и отдыха, необходимо подчеркнуть, что в комплексе медицинских мер воздействия основное внимание должно быть уделено санитарной и специфической профилактике.

Общими усилиями практических врачей, организаторов здравоохранения и работников науки задача дальнейшего снижения заболеваемости туберкулезом и последующей его ликвидации как распространенного заболевания может быть успешно решена. Реальность осуществления этой задачи обеспечивается стройной системой социалистического здравоохранения, современным состоянием медицинской науки и тем вниманием, которое партия и правительство уделяют охране здоровья трудящихся.

Выводы

1. Улучшение материального благосостояния трудящихся, достижения советской медицины и повышение качества лечебно-профилактического обслуживания населения обусловили снижение заболеваемости, летальности и смертности населения от туберкулеза за 1948—1956 гг.

2. В 1956 г. в 12 городах РСФСР было вновь взято на учет больных активным туберкулезом легких на 60% меньше, чем в 1948 г., причем число вновь обнаруженных больных с открытыми формами туберкулеза легких за эти годы уменьшилось на 65%.

3. В 1956 г. в указанных 12 городах число больных, умерших от туберкулеза всех форм, было на 63,5% меньше, чем в 1948 г.

4. Снижение заболеваемости, неуклонное увеличение процента абациллированных больных, учащение случаев полного излечения, уменьшение летальности и резкое снижение смертности от туберкулеза дают основание утверждать, что задача ликвидации заболеваемости туберкулезом как распространенного заболевания в прошлом в ближайшие 15—20 лет является вполне реальной и выполнимой.

Поступила 16/IX 1957 г.

ОПЫТ ИЗУЧЕНИЯ ОБЩЕЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ НАСЕЛЕНИЯ СЕЛЬСКОГО РАЙОНА

(по материалам Плюсского района Псковской области за 1955 г.)

В. И. БЕРЛИН (Москва)

Вопросы изучения состояния здоровья сельского населения до сих пор являются недостаточно разработанными. Литературных данных о заболеваемости сельского населения за последние годы мало, а имеющиеся работы большей частью построены на отчетных материалах. В отчетах же, помимо того, что они грешат неполнотой, отсутствует возрастно-половая характеристика заболеваемости, по ним нельзя судить о контингенте болевших лиц, о кратности и повторности заболеваний. Кроме того, анализ заболеваемости сельского населения в большинстве случаев проводится по сводным данным, в которых стирается облик того или иного сельского района с его географическими, экономическими и демографическими особенностями.

Большое количество заболеваний сельского населения, установленных только фельдшерами (по нашим данным, 32% всех заболеваний) находится вне поля зрения врачей и потому не учитывается. Ряд больных обращается не только в участковые и районные, но и во внерайонные учреждения. По нашим данным, на внерайонные учреждения в течение года пришлось 5,8% от числа всех первичных обращений, в том числе на областные — 3,2%.

Наш район расположен на северо-западе РСФСР. В нем насчитывается около 12 000 жителей. Население занято в сельском хозяйстве: в колхозах молочно-овощного направления, животноводческих совхозах

и МТС. Хорошо разветвленная сеть медицинских учреждений — 5 врачебных участков с радиусом не более 15 км, 3 стационара на 90 коек, 3 здравпункта, 12 фельдшерских участков с радиусом 3—4 км и наличие 14 врачей всех специальностей (кроме ларингологии) — позволяли считать медицинскую помощь населению в 1955 г. вполне удовлетворительной, а материалы обращаемости достаточно достоверно и полно отражающими заболеваемость.

Материал для работы собирался во всех медицинских учреждениях района, включая фельдшерские, и во всех медицинских учреждениях, расположенных за пределами района, куда обращались наши жители при заболеваниях (больницы, диспансеры и санатории областного значения, больницы соседних городов и районов, в том числе ведомственные, некоторые учреждения Ленинграда). Все сведения о больном путем выкопировки из первичных медицинских документов на местах (амбулаторных карт и журналов, диспансерных карт, историй болезни) заносились на статистическую карту следующего образца.

Фамилия, и. о. _____

Пол _____ Год рождения _____

Адрес _____

Место работы _____

Профессия (род занятий) _____

Местный, приезжий (подчеркнуть)

Дата обращения	Диагноз	Где и как установлен (амб., стац.)

В карте фиксировались все заболевания, зарегистрированные у больного в течение года. Поскольку материал собирался в ряде учреждений, на одного больного могло быть заведено несколько карт; путем алфавитизации они в дальнейшем объединились, тем самым и материал очищался от дубликатов. Карты на больных, лечившихся у фельдшеров, были составлены отдельно, так что на часть больных имелись и врачебные, и фельдшерские карты. Там, где позволяли данные, использовались уточненные диагнозы, иногда с контрольным обследованием отдельных лиц. Дефекты материала в большинстве случаев устранялись уточнением паспортных и медицинских сведений на местах. Не было взято в обработку всего 8 карт из 6272. В процессе шифровки мы пользовались номенклатурой болезней 1952 г., взяв из нее 34 наименования; при этом группа «прочих» болезней составила лишь 2,9% всех заболеваний. В ходе работы с помощью облздравотдела нами были проведены организационные мероприятия по улучшению лечебно-профилактического обслуживания населения района — расширена сеть больниц и медицинских пунктов, открыты туберкулезный стационар, рентгеновский кабинет, подготовлен ряд специалистов. Это способствовало повышению качества и достоверности материалов о заболеваемости.

Всю совокупность природных, экономических, санитарно-эпидемиологических факторов, действующих в районе, наряду с организационными и

лечебно-профилактическими мероприятиями по линии органов здравоохранения можно распределить на группы неблагоприятных и благоприятных факторов среды в смысле ее воздействия на состояние здоровья населения. К числу условий, отрицательно влияющих или влиявших в недавнем прошлом на здоровье населения, можно отнести недостаточно удовлетворительные природные и климатические условия (заболоченная местность, сырой климат, короткое прохладное лето); военные действия на территории района и его оккупацию в 1941—1944 гг., подорвавшие экономику и жизненный уровень населения; периодическую иммиграцию дачников (эпидемиологический фактор); недостатки водоснабжения (мало хороших колодцев); неудовлетворительное санитарное состояние условий труда в некоторых колхозах.

К числу благоприятных факторов мы относим: улучшение материального благосостояния колхозной деревни в результате мероприятий партии и правительства, рост общей и санитарной культуры села, весь комплекс санитарно-оздоровительных мероприятий, проводимых органами здравоохранения на протяжении послевоенных лет, а также небольшую плотность населения, отсутствие загрязняющих атмосферу отходов производства, положительное влияние физического труда и пребывания населения во время большинства работ на открытом воздухе.

Следует отметить значительный удельный вес пожилого и старческого возраста в структуре населения, повлиявший на величины показателей заболеваемости.

На основании сопоставления 377 случаев обращений больных сначала к фельдшеру, а затем к врачу по одному и тому же поводу (12% от общего числа фельдшерских диагнозов) нами был положительно решен вопрос о привлечении фельдшерского материала к изучению всей заболеваемости и заболеваемости некоторыми нозологическими формами в дополнение к врачебным данным (травмы, пиодермии, абцессы, флегмоны и панариции, болезни периферической нервной системы, острые инфекционные болезни детей).

В 1955 г. было зарегистрировано 9012 случаев заболеваний жителей района и 5488 болевших лиц. Приводим собранные нами данные о возрастно-половом составе больных.

Общая заболеваемость и контингент болевших лиц в Плюсском районе в 1955 г. [1]

	Общие данные	Пол		Возраст					
		м.	ж.	0—14 лет	15—18 лет	19—39 лет	40—49 лет	50—59 лет	60 лет и выше
Заболеваемость	802,1	742,3	840,6	592,0	481,4	940,6	1 119,2	952,7	708,6
Контингент	48,7	48,5	48,8	42,6	33,0	54,7	63,6	50,4	44,7

Примечание. Показатели заболеваемости даны на 1000 лиц соответствующих возрастных и половых групп. Контингенты даны в процентах на 100 лиц соответствующих групп.

Сопоставление данных о заболеваемости с данными о контингентах показывает, что и заболеваемость, и число болевших лиц максимальны в возрастной группе 40—49 лет, а минимальны — у подростков; заболевания женщин встречаются чаще, чем заболевания мужчин. Коэффициент повторности — отношение числа случаев заболеваний к числу болевших лиц — по суммарным данным равен 1,6; минимален он у детей (1,4), максимален у взрослых лиц пожилого возраста (1,9); повторность заболеваний у женщин выше, чем у мужчин (коэффициент 1,7 против 1,5).

[1] Без болезней полости рта и зубов. Заболеваемость ими — 232,4 на 1000 жителей.

Из всего числа болевших лиц 63,2% болело одной болезнью, 23,3% — двумя, 7,2% — тремя, 6,3% — четырьмя и более.

Сравнение наших данных о контингентах болевших лиц и кратности заболеваний с данными ряда авторов по городу и селу (Э. И. Дейчман, М. М. Мазур, Б. Я. Смулевич, Р. В. Банникова, И. Д. Богатырев, В. А. Елизаров) показывает, что относительные числа обращавшихся за медицинской помощью в городах значительно выше, чем на селе (около $^2/_3$ от числа городского населения и в пределах $^1/_3$—$^1/_2$ на селе).

Число однократно обращавшихся за медицинской помощью горожан (43—48%) значительно ниже числа однократно обращавшихся сельских жителей (около 60%).

Число многократно обращавшихся (4 раза и более) в городах (12—16% всех болевших) значительно выше, чем на селе (4—7%). По-видимому, большую роль в различиях приведенных показателей играет неодинаковая доступность медицинской помощи на селе и в городе и в первую очередь факторы расстояния, состояния дорог и транспорта на селе.

В структуре общей заболеваемости ведущие места занимают травмы (10,8%), грипп и катары верхних дыхательных путей (9,4%), болезни органов пищеварения (9,3%), нервной системы (8,2%), органов кровообращения (7%), органов дыхания (6,2%), что в общей сложности составляет 45% всех случаев заболеваний.

Из хронических больных наиболее значительное место в контингенте болевших занимают больные с поражением органов кровообращения (около 8%), туберкулезом и хроническими гастритами (по 3%), язвенной болезнью, злокачественными новообразованиями, органическими поражениями центральной нервной системы, тиреотоксикозами, холециститами, доброкачественными новообразованиями (по 1%).

Частыми среди населения являются травмы. Наиболее редко встречаются новообразования, болезни почек и мочевых органов, дизентерия, эндокринные и психические болезни.

Различия в заболеваемости мужчин и женщин отдельными нозологическими формами болезней вызваны особенностями анатомо-физиологического характера и спецификой труда мужчин и женщин в сельскохозяйственном производстве и в быту.

Травматизм у мужчин вдвое выше, чем у женщин. Мужчины больше связаны с работой на сельскохозяйственных машинах, им приходится иметь дело с поломками и неисправностями механизмов; часты у них травмы при заводке трактора (отдача заводной ручки), при работе на прицепных орудиях, особенно при несогласованности действий между трактористами и прицепщиками и при плохом ночном освещении. Мужчины в основном работают и в мастерских МТС, где возможны травмы при неосторожном обращении с огнем, отсутствии защитных приспособлений у станков, загромождении цехов и плохой охране труда. Мужчинам чаще женщин приходится участвовать в строительных работах, молотьбе, покосе, вывозке навоза на поля, подвозе кормов к животноводческим помещениям, рубке леса, пилке дров и других работах, сопряженных с опасностью травматизма.

У мужчин выше, чем у женщин, и уровень заболеваемости «простудными» болезнями. Мужчины чаще женщин подвергаются влиянию низкой температуры, что связано с длительным пребыванием на холоде при ряде работ (ездовые, лесорубы); будучи по природе своей менее осторожными, мужчины чаще охлаждаются при купании и лежании на сырой земле; большая скопляемость мужчин во время работ, например в мастерских может служить эпидемиологическим моментом в распространении гриппа.

У мужчин чаще, чем у женщин, встречаются пиодермии вследствие загрязнения мелких повреждений и увеличенного потоотделения; играет

роль в возникновении пиодермий и постоянный контакт с горюче-смазочными материалами, который имеет место у трактористов, комбайнеров, прицепщиков. Значение механических и термических травм в возникновении пиодермий отражено в литературе.

Чаще у мужчин встречаются и болезни органов движения. Причины здесь те же, что и при травматизме; при этом надо учесть, что ряд мужчин страдает хроническими послераневыми остеомиелитами, дающими обострения. Бо́льшую заболеваемость мужчин дизентерией мы склонны объяснить тем, что они чаще женщин находятся в неблагоприятных в смысле пищевого и питьевого режима условиях — вдали от дома, на полевых станах, пастбищах, в разъездах — и вынуждены пить воду из необследованных источников.

Помимо перечисленных нозологических форм, у мужчин чаще встречается туберкулез и язвенная болезнь.

Существенно влияют на уровень травматизма, заболеваемости пиодермиями, флегмонами, абсцессами и дизентерией недостатки профилактической работы органов здравоохранения и администрации сельскохозяйственных предприятий, ответственных за технику безопасности. Медицинские работники могут успешно вести борьбу с травматизмом, активно вмешиваясь в жизнь предприятий, настойчиво добиваясь от их руководства внимания к этому больному вопросу. Снабжение аптечками каждого агрегата в поле, каждого станка в мастерской, каждой фермы, организация актива Красного Креста, массовое обучение сельскохозяйственных рабочих приемам оказания первой помощи при травмах — испытанные методы борьбы за снижение травматизма. Больницы и медицинские пункты должны снабжаться шинами, перевязочным материалом и всеми необходимыми медикаментами заблаговременно, а не в разгар полевых работ, как это часто бывает. Врачебную помощь нужно приближать к производству. Работники лечебно-профилактических и противоэпидемических учреждений могут существенно снижать уровень заболеваемости пиодермиями путем санации микротравм, организации душей в мастерских и в поле, активной санитарно-просветительной работы среди механизаторов, своевременного выявления и лечения кожных болезней. Желудочно-кишечные заболевания и дизентерию можно свести на нет проведением комплекса профилактических и лечебных мероприятий.

Среди женщин более распространены болезни органов кровообращения, ревматизм, эндокринные болезни. Болезни женских половых органов занимают шестое место среди всех заболеваний у женщин (31,4 на 1000). В значительном количестве гинекологических заболеваний повинны изъяны лечебно-профилактической помощи женщинам — недостатки санитарного просвещения, борьбы с абортами, несвоевременное выявление эрозий шейки матки, ранних стадий опущения матки и пр.

Не останавливаясь подробно на роли отдельных нозологических форм и групп болезней в возрастной патологии сельского населения, заметим, что к факторам, влияющим на различия в заболеваемости возрастных групп, можно отнести их анатомо-физиологические особенности, характер возникновения и течения ряда болезней, специфику труда лиц определенных возрастов, различную мобильность возрастных групп, дефекты в организации лечебно-профилактической помощи населению, особенно детям.

Следует подчеркнуть, что подавляющая масса населения подросткового и молодого возрастов занята в сельском хозяйстве в качестве механизаторов, а также в животноводстве. Эти лица подвержены значительному травматизму, пиодермиям, панарициям, заболеваниям нервов верхних конечностей и органов движения. В то же время население среднего и пожилого возраста занято главным образом в полеводстве. В общем полевые работы легче работы механизаторов и животноводов, но имеют свою специфику (работы в условиях повышенной влажности и вынуж-

денного положения тела), выдвигающую на первое место заболеваемости этих лиц болезни нервной системы, преимущественно периферической.

Говоря выше о значении различных нозологических форм в патологии населения, мы оценивали лишь количественную сторону явления. Однако общеизвестно, что есть целый ряд болезней, имеющих численно незначительный показатель, но важных по своему характеру. Мы должны учитывать не только место той или иной нозологической формы в структуре заболеваемости, но и абсолютный уровень заболеваемости этой формой, ее влияние на временную нетрудоспособность, инвалидность, летальность и пр.

Исходя из результатов настоящего исследования, мы считаем, что главной задачей сельского здравоохранения должна являться борьба с массовыми заболеваниями сельского населения (грипп и катары верхних дыхательных путей, травмы, болезни органов пищеварения, болезни кожи) и с важнейшими хроническими болезнями — болезнями органов кровообращения, новообразованиями, туберкулезом, ревматизмом.

Изучение общей заболеваемости населения и практическая работа в районе показали, что существенных результатов в снижении заболеваемости можно добиться, действуя в двух направлениях — дальнейшем улучшении санитарно-гигиенических условий труда и быта сельского населения и совершенствовании дела постановки лечебно-профилактической помощи населению, а также внедрении диспансерного метода в практику работы всех медицинских учреждений села.

Выводы

1. Проведено изучение общей заболеваемости сельского населения в масштабе района по первичным медицинским документам с использованием дополнительных материалов первичной обращаемости жителей к фельдшерам (32% всей первичной обращаемости) и во внерайонные учреждения (5,8% от числа случаев первичных обращений), а также сведений о населении в возрастно-половом разрезе.

2. Общая заболеваемость населения — 802,1 на 1000 жителей (без болезней полости рта и зубов, давших заболеваемость 232,4 на 1000). Наиболее часты заболевания у лиц 40—49 лет — 1119,2, наиболее редки у подростков — 481,4. Заболеваемость мужчин ниже заболеваемости женщин. В течение года болело (обращалось за медицинской помощью) 48,7% жителей. Число болевших среди мужчин и женщин одинаково. Коэффициент повторности у мужчин ниже, чем у женщин (1,5 против 1,7). Около $^2/_3$ болевших лиц болело 1 раз, около $^1/_4$ — 2 раза, 7,2% — 3 раза, 6,3% — четыре раза и более.

3. Наиболее высок уровень травматизма, гриппа и катаров верхних дыхательных путей, болезней органов пищеварения и нервной системы. Примыкают к этой группе болезни органов кровообращения и дыхания. Серьезное значение в патологии сельского населения принадлежит новообразованиям и туберкулезу.

4. Пути снижения заболеваемости названными нозологическими формами болезней надо искать в дальнейшем улучшении санитарно-гигиенических условий труда и быта тружеников села и внедрения диспансерного метода в деятельность всех медицинских учреждений села.

Поступила 7/IX 1957 г.

ОПЫТ РАБОТЫ САНИТАРНО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ ЮЖНО-КАЗАХСТАНСКОЙ ОБЛАСТИ

Областной госсанинспектор Я. А. КЛЕБАНОВ

Южно-Казахстанская область — одна из крупнейших областей Казахстана как по численности населения, так и по объему производства. В области широко развита рудодобывающая, металлургическая, химическая, текстильная и пищевая промышленность, промышленность строительных материалов, станкостроительная и многие другие. Основными отраслями сельского хозяйства являются хлопководство и животноводство. На протяжении ряда лет в области осваиваются земли бывшей Голодной степи.

Бурный рост промышленности и сельского хозяйства области вызвал резкий рост населения городов и сел. За счет планового переселения, организованного набора рабочей силы и естественного прироста население области за 1951—1956 гг. возросло на 27,4%.

Учитывая, что развитие народного хозяйства области и связанное с ним увеличение численности населения окажут соответствующее влияние на показатели санитарного состояния, органы здравоохранения области наряду с расширением сети лечебно-профилактических и детских учреждений особое внимание уделяли делу организационного и материального укрепления санитарной службы.

Санитарная организация области по своей дислокации соответствует административно-территориальному делению области и представлена областной, 3 городскими, 15 районными санитарно-эпидемиологическими станциями и одной дезинфекционной станцией в областном центре.

Кроме того, имеются две специализированные санитарно-эпидемиологические станции: одна для обслуживания крупного промышленного предприятия — Чимкентского свинцового завода, другая для обслуживания колхозов и совхозов, вновь организуемых на землях бывшей Голодной степи.

Данные о санитарно-противоэпидемических учреждениях области приводятся в таблице.

Наименование учреждений	Всего	В том числе по категориям		
		1-я	2-я	3-я
Областная санитарно-эпидемиологическая станция	1	—	—	1
Городские санитарно-эпидемиологические станции	3	—	2[1]	1
Районные санитарно-эпидемиологические станции	15	4	9	2
Специализированные санитарно-эпидемиологические станции	2	—	2[1]	—
Дезинфекционные станции	1	—	—	1

[1] По категории сельских санитарно-эпидемиологических станций.

Все санитарно-эпидемиологические станции имеют необходимые служебные и подсобные помещения, санитарно-бактериологические лаборатории и дезинфекционные отделы.

Наряду с укреплением санитарной организации уделялось большое внимание укреплению санитарных звеньев, входящих в состав лечебно-профилактических учреждений. В настоящее время большинство сельских врачебных участков имеет в своих штатах санитарного фельдшера и дезинфектора. В ряде городских больниц организованы клинико-бактериологические лаборатории, кабинеты по борьбе с кишечными инфекциями, имеются врачи-эпидемиологи и промышленно-санитарные врачи.

Организационная перестройка санитарно-эпидемиологической службы, проведенная путем объединения санитарно-эпидемиологических станций со всеми ранее самостоятельно существовавшими санитарно-противоэпидемическими учреждениями (противомалярийной, противобруцеллезной станциями и госсанинспекцией) в единое комплексное учреждение, обеспечила организационное укрепление санитарной службы и позволило более оперативно решать организационно-методические и практические задачи. Однако следует отметить, что существующая структура областных санитарно-эпидемиологических станций чрезвычайно громоздка. Все еще есть некоторая «обособ-

ленность» отделов предупредительного санитарного надзора. Противоэпидемическая работа ведется в ряде случаев параллельно несколькими отделами, их штаты не соответствуют удельному весу отдельных видов работ.

Большой параллелизм имеется в работе противочумных станций и отделов особо опасных инфекций.

В целях комплексного проведения всех видов санитарной работы отдел предупредительного и текущего санитарного надзора организован по принципу единого санитарно-гигиенического отделения (госсанинспектор, санитарный врач, врач-лаборант), что обеспечивает повышение уровня и качества проводимой работы и более успешное применение данных лабораторных исследований.

В порядке опыта в Георгиевском районе санитарно-эпидемиологическая станция объединена на правах отдела с районной больницей, а в Чимкент-сельском районе райздравотдел объединен с районной больницей. Небольшой срок, прошедший после объединения, не позволяет еще сделать определенные выводы.

Следует отметить, что перестройка санитарной организации, начатая в 1949 г., к сожалению, чрезвычайно затянулась, что отрицательно влияет на всю работу.

Работа санитарной организации области шла в трех основных, взаимно дополняющих направлениях: организационно-методическом, контрольном и непосредственного проведения санитарно-эпидемиологической работы силами персонала санитарно-эпидемиологической станции.

Организационно-методическая работа заключается прежде всего в анализе статистического материала и разработке с учетом и местных условий, комплексных планов мероприятий по улучшению условий труда, оздоровлению быта населения и снижению инфекционной заболеваемости. Те комплексные планы работы, в которых наряду с обязанностями органов здравоохранения необходимо отразить обязанности различных ведомств, как правило, утверждаются исполкомами местных Советов депутатов трудящихся и служат программой деятельности по улучшению санитарного благоустройства населенных мест и снижению инфекционной заболеваемости.

Санитарная служба осуществляет постоянный контроль за выполнением утвержденных местными Советами депутатов трудящихся комплексных планов работы и принимает непосредственное участие в осуществлении их. Только в 1957 г. по предложению санитарной службы исполком областного Совета депутатов трудящихся рассмотрел и утвердил мероприятия по улучшению санитарного состояния населенных мест, в том числе по улучшению канализации и водоснабжения, упорядочению спуска сточных вод промышленными предприятиями, благоустройству рынков, дальнейшему снижению инфекционной заболеваемости и др.

Ряд вопросов выносится на обсуждение партийных органов, которые оказывают постоянную помощь в работе.

В своей повседневной работе санитарная служба постоянно использует советский, партийный, комсомольский и профсоюзный актив. Так, например, с целью привлечения внимания общественности к вопросам очистки территории и озеленения населенных мест, благоустройства источников водоснабжения, строительства и ремонта санитарно-дворовых установок в 1957 г. в Чимкенте был проведен специальный актив советских, партийных, комсомольских и профсоюзных работников, а также членов общества Красного Креста. Принятое активом обращение к населению области обсуждалось в отдельных коллективах городов, районов области и претворялось в жизнь при участии всех медицинских работников.

С целью улучшения санитарного состояния пищевых объектов регулярно два раза в год, в марте и апреле—мае, проводится общественный смотр готовности пищевых объектов к работе в летних условиях. В 1957 г. в смотре приняло активное участие 93 депутата местных Советов депутатов трудящихся и представителей общественности, причем смотром было охвачено 85% всех имеющихся в области пищевых объектов. Аналогичные смотры коммунальных объектов (бань, общежитий, интернатов, гостиниц и т. п.) проводятся осенью. В деле привлечения общественности санитарная служба области получает постоянную помощь от профсоюзных организаций медицинских учреждений и Обкома профсоюза медицинских работников. Немалую помощь санитарной организации оказывают имеющиеся санитарные посты общества Красного Креста на промышленных предприятиях, в МТС, колхозах и совхозах.

Другим важнейшим разделом организационно-методической и контрольной работы является проверка и анализ деятельности санитарно-противоэпидемических и лечебно-профилактических учреждений, причем санитарный врач выступает при этом как врач-организатор, а не контролер.

Полученные материалы обсуждаются на врачебных или медицинских конференциях, санитарно-эпидемиологическом совете с принятием практических мер по устранению отмеченных недостатков.

Областная санитарно-эпидемиологическая станция является базой для повышения квалификации санитарных фельдшеров, помощников эпидемиологов, лаборантов и других медицинских работников городских и районных санитарно-эпидемиологических станций.

В 1956—1957 гг. на областной санитарно-эпидемиологической станции с помощью санитарных врачей и санитарных фельдшеров сельских районов были организованы 6-месячные курсы по подготовке инструкторов-дезинфекторов, 3-месячные курсы по

подготовке дезинфекторов, месячные курсы по повышению квалификации лаборантов-бактериологов и помощников эпидемиологов.

Облздравотдел предоставляет полную самостоятельность санитарно-эпидемиологическим станциям и в то же время оказывает им постоянную помощь.

По представлению областной санитарно-эпидемиологической станции облздравотдел укомплектовывает штаты и утверждает бюджет районных санитарно-эпидемиологических станций. Кроме того, областная санитарно-эпидемиологическая станция занимается через аптекоуправление вопросами обеспечения районных санитарно-эпидемиологических станций лабораторным и дезинфекционным оборудованием, дезинфекционными средствами, питательными средами для лабораторий, транспортом и т. д.

В деле коренного улучшения санитарного состояния промышленных, пищевых, коммунальных объектов и детских учреждений большое значение придается разработке совместно с администрацией, инспекцией по охране труда и представителями профсоюзных организаций планов оздоровительных мероприятий, требующих капитальных затрат. Указанные планы по хозрасчетным предприятиям разрабатываются в августе—сентябре каждого года на следующий год, что обеспечивает включение их в план финансирования. Контроль за выполнением планов заданий осуществляется ежеквартально с привлечением общественности.

Выполнение планов оздоровительных мероприятий на Чимкентском свинцовом заводе позволило значительно улучшить условия труда рабочих. Так, было проведено гидрообеспыливание в местах перепада и дробления руды и устроены укрытия агломашин, что уменьшило загазованность. Если ранее содержание свинца в воздушной среде узла оборота составляло 73—319 мг/м³, то в настоящее время оно равняется 0,4—13 мг/м³. Кроме того, введена в эксплуатацию установка скоростного пылеулавливания. Все это позволило снизить общую заболеваемость на 100 рабочих в случаях на 1,45, а в днях потери трудоспособности — на 27,8 (в основном за счет снижения травматизма, числа гнойничковых и простудных заболеваний). Профессиональная заболеваемость сатурнизмом (с впервые установленным диагнозом) на 100 рабочих снизилась в случаях на 23,9, а в днях потери трудоспособности — на 29,9.

С целью повышения общей и санитарной культуры населения органы здравоохранения уделяют повседневное внимание вопросам улучшения пропаганды медицинских и санитарных знаний. Санитарная служба осуществляет организационное руководство и принимает активное участие в санитарно-просветительной работе по вопросам эпидемиологии и гигиены. На областной санитарно-эпидемиологической станции организована кинопередвижка, которая выезжает в отдаленные совхозы, колхозы, на участки отгонного животноводства. Были показаны кинофильмы по профилактике бруцеллеза, туберкулеза, дизентерии, на гигиенические и другие медицинские темы. Работа кинопередвижки получает постоянное одобрение населения.

Мероприятия по дальнейшему оздоровлению труда и быта населения наряду с улучшением деятельности органов здравоохранения и, в частности, санитарной службы позволили обеспечить снижение как общей, так и инфекционной заболеваемости. При этом санитарные врачи принимают активное участие в статистическом анализе, разработке и осуществлении профилактических мероприятий по снижению заболеваемости населения.

Неуклонное повышение благосостояния трудящихся, улучшение условий труда и быта, повышение культуры населения, улучшение состояния медико-санитарной помощи привели к увеличению рождаемости, естественного прироста населения, снижению общей и детской смертности.

В борьбе с инфекционными заболеваниями наряду с общесанитарными мерами большое внимание уделяется улучшению всех форм эпидемиологической работы с использованием бактериологических методов.

Укомплектование должностей дезинфекторов сельских врачебных участков, городских больниц и санитарно-эпидемиологических станций лицами, окончившими специальные курсы, улучшение оснащения лечебно-профилактических и санитарных учреждений дезинфекционной техникой (все городские и районные больницы имеют действующие дезинфекционные камеры, а все санитарно-эпидемиологические станции — передвижные дезинфекционные камеры на автомобильном шасси) позволили улучшить основные показатели качества дезинфекционных работ.

В настоящее время перед санитарной службой области стоят большие задачи по дальнейшему снижению заболеваемости населения, повышению качества санитарного надзора, особенно предупредительного, в районах освоения земель бывшей Голодной степи.

Поступила 19/VII 1957 г.

От редакции

Деятельность санитарно-противоэпидемиологической службы и всей медицинской сети в конечном итоге оценивается не количеством организационно-методических мероприятий, а конкретными результатами — снижением уровня инфекционной заболеваемости и общей смертности в области. К сожалению, в статье ничего об этом не сказано.

КРИТИКА И БИБЛИОГРАФИЯ

А. М. Мерков. *Санитарная статистика в Союзе ССР за 40 лет (1917—1957).* М., 1957, 39 стр.

К сорокалетию Великой Октябрьской социалистической революции Институт организации здравоохранения и истории медицины имени Н. А. Семашко Министерства здравоохранения СССР выпустил работу проф. А. М. Меркова «Санитарная статистика в Союзе ССР за 40 лет».

В ней показаны этапы и направления развития отечественной санитарно-статистической науки и практики.

Отличительной особенностью этой работы по сравнению с предшествующими подобными работами является освещение автором основных направлений развития советской санитарной статистики по ее разделам: санитарно-статистические исследования, статистика заболеваемости, здравоохранения и т. д.

В книге уделено место земской санитарной статистике, исследованиям Ю. Е. Янсона, Е. А. Осипова, Ф. Ф. Эрисмана, П. И. Куркина.

Отмечая передовую роль и большие успехи земской санитарной статистики, автор в то же время показывает ее классовую ограниченность. Особое место уделяется официальной статистике народного здоровья и работам С. А. Новосельского.

Останавливаясь на периоде организации советской санитарной статистики, проф. А. М. Мерков указывает на большую роль в деле разработки основных методических положений и проведении ряда специальных санитарно-статистических исследований виднейших деятелей как дореволюционной санитарной статистики — П. И. Куркина, С. М. Богословского, С. А. Новосельского, С. А. Томилина, так и советского периода — П. А. Кувшинникова, Г. А. Баткиса, А. Б. Шевелева.

Санитарно-статистическим исследованиям посвящены специальные разделы.

В разделе о заболеваемости автор отмечает исследования, проведенные по отдельным специальностям: статистике заболеваемости с временной потерей трудоспособности и статистике общей заболеваемости.

Выделены работы С. М. Богословского, Л. А. Брушлинской, П. И. Куркина, А. А. Чертова, П. А. Кувшинникова по изучению общей заболеваемости в Москве, работы П. А. Кувшинникова и П. М. Козлова по ряду областей и городов (Свердловск, Ашхабад, Магнитогорск и др.), работы В. И. Величкина по Свердловску и Б. П. Трескуновой по Ашхабаду.

Заслуживает внимания упоминаемый автором уникальный санитарно-статистический атлас А. Б. Шевелева «Санитарная география Архангельской области», изданный в 1948 г. Этот атлас показывает большие возможности медицинской географии — направления, еще недостаточно развитого в нашей медицинской статистике. В конце этого раздела автор останавливается на дискуссии по вопросам учета общей заболеваемости.

В следующей главе, посвященной статистике здравоохранения, показана роль методического руководства этим видом работы, роль отделов медицинской и санитарной статистики и научно-методических бюро.

В разделе теории санитарной статистики указывается на особенности советской санитарной статистики, построенной на основе принципов марксизма-ленинизма. Приводятся основные направления борьбы с различного рода чуждыми идейными течениями. В этом разделе подробно изложен вопрос разработки номенклатуры и классификации болезней и причин смерти.

В последней главе отмечены преимущества советской статистики по сравнению со статистикой капиталистических стран.

Оценивая книгу в целом, нужно сказать, что она полезна и своевременна. В то же время она имеет и ряд недочетов, на которых следует остановиться.

Одним из недостатков книги является краткость изложения основных направлений в развитии санитарной статистики, на которую указывает в введении и сам автор. В ряде разделов проф. А. М. Мерков ограничивается лишь перечнем названий работ и их авторов, не раскрывая их содержания и основных мыслей.

Непропорционально много места уделено дореволюционному периоду.

В то же время оценку земской статистики нельзя считать законченной, так как автор не упоминает о Международной гигиенической выставке в Дрездене, на которой, как известно, материалы, представленные земскими врачами-статистиками в русском павильоне, получили всемирное признание.

Описывая развитие советской санитарной статистики, автор справедливо придает первостепенное значение санитарно-статистическим исследованиям. Для правильной постановки этой работы немаловажную роль играет определение объема и программы санитарно-статистических исследований в новых условиях. Эти вопросы явились предметом дискуссии в течение ряда лет на страницах многих журналов. Одновременно подвергся обсуждению вопрос и о содержании санитарной статистики. К сожалению, автор не дает оценки этим спорам. В разделе общей заболеваемости не всегда говорится о тех достижениях, которые имеются в этой области. Так, например, не раскрыто содержание работы Л. А. Брушлинской, А. Н. Меерkова, М. В. Овчинского «Состояние здоровья населения г. Москвы» (1946). О ней сказано только, что она составлена группой авторов под ред. П. А. Кувшинникова. Не раскрыта сущность дискуссии по системе учета общей заболеваемости, не приведены итоги ее, опубликованные в журнале «Советское здравоохранение» (1957, № 4).

Автор не упоминает ряд исследований, посвященных критике буржуазных работ по вопросам населения и здравоохранения, являющихся вкладом в отечественную статистику. Это можно видеть на примере монографии Б. Я. Смулевича «Буржуазные теории народонаселения в свете марксистско-ленинской критики», представляющей большой социально-гигиенический интерес и привлекшей внимание не только врачей, но и философов, экономистов, биологов.

Определенную роль в разработке вопросов санитарной статистики сыграли кафедры организации здравоохранения. Так, например, из кафедры II Московского медицинского института вышли работы по истории санитарной статистики, из кафедры I Московского медицинского института — работы по изучению заболеваемости населения и ряд других. Автору следовало бы на это указать.

В книге недостаточно отражена роль периферийных врачей-статистиков.

В заключительной части не сказано о тех направлениях и задачах, которые стоят перед статистикой в настоящий момент.

В целом издание работы проф. А. М. Меркова следует приветствовать. Необходимо и дальнейшее проведение исследований, обобщающих опыт советской санитарной статистики.

Е. Д. Загорская

ЦЕННЫЙ СПРАВОЧНИК ПО ПОЛЬСКОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ЛИТЕРАТУРЕ

Stanislaw Konopka. *Polska Bibliagrafia Lekarska zu Rok 1954. T. I.* A—M Warszawa. Panstwowy Zaklad Wydawnictw lekarskich. 1957. 770 стр. (Wydawnictwo Glowney Biblioteki Lekarskiej).

Этот том является как бы юбилейным: ровно 10 лет назад директор польской Главной медицинской библиотеки и видный польский библиограф проф. д-р Станислав Конопка начал выпускать свои библиографические ежегодники. Том I вышел в свет в 1946 г. и содержал сведения о польской медицинской литературе за 1945 г. С того времени регулярно, из года в год, выходят эти солидные годовые реестры всей польской медицинской литературы — книжной и журнальной.

Заслуживают всяческого одобрения то упорство и тщательность, с которыми д-р Конопка делает эту трудную библиографическую работу.

При просмотре справочников бросается в глаза бурный рост польской медицинской литературы: ежегодник 1945 г. включал 1725 названий, а в ежегоднике за 1954 г. только в I томе, охватывающем буквы А—М, содержится перечень уже 4711 работ.

Все работы приводятся в ежегодниках по системе сводных каталогов, т. е. путем соединения авторского и предметного порядка расположения отдельных работ. Почти от всех предметных рубрик сделаны ссылки на связанные с ними другие предметные рубрики. В частности, у всех основных рубрик, посвященных отдельным медицинским дисциплинам, указаны частные рубрики отдельных подразделов и проблем данной дисциплины, по которым была издана литература. Это заменяет систематическое расположение материалов и делает совершенно ненужным приведение в книге каких-либо вспомогательных указателей, а также облегчает получение справок по любому вопросу и в любом разрезе (по авторам, по отдельным частным вопросам и по той или иной медицинской дисциплине в целом).

Несомненный интерес для представителя любой медицинской специальности имеют оригинальные польские работы по отдельным отраслям медицины.

Для советского читателя в этой книге, кроме того, представляют интерес переводы работ отечественных авторов на польский язык и работы польских авторов о советской медицине. Они свидетельствуют о прогрессирующем росте польско-советских медицинских связей.

Помимо этих ценных ежегодников, д-р Станислав Конопка работает сейчас над составлением полной библиографии польской медицинской литературы за период 1801—1944 гг. Выход в свет этого труда будет большим событием в истории польской медицинской библиографии и ценным подарком для всех, интересующихся медицинской литературой XIX—XX веков.

Созданный при Главной медицинской библиотеке в Варшаве специальный Центр медицинской документации собирает различные материалы о прошлом и настоящем польской медицины, систематизирует их, изучает и издает, делая доступными широким кругам медицинских работников.

В. А. Невский

НОВЫЕ КНИГИ

Д. Г. Оппенгейм. Сорок лет советских курортов. Медгиз, М., 1957.

Болеслав Скаржинский. Историко-медицинская наука в Польше. Краткий очерк развития. Медгиз, М., 1957.

Проф. Н. С. Молчанов. Профилактика заболеваний сердечно-сосудистой системы. Издательство «Знание», М., 1957.

К. В. Дормидонтова. Некоторые глазные заболевания и их профилактика. Издательство «Знание», М., 1957.

Е. Д. Ашурков и Н. Н. Морозов. Охрана здоровья советского народа. Всесоюзное общество по распространению политических и научных знаний. Издательство «Знание», М., 1957.

А. А. Безуглов, А. И. Подольный. Советский суд и борьба за здоровый быт. Госюриздат, М., 1957.

А. Я. Губергриц. С. П. Боткин — основоположник отечественной клинической медицины. Медгиз, М., 1957.

Е. И. Соколов. А. А. Кисель — выдающийся деятель советской педиатрии. Медгиз, М., 1957.

Московская детская клиническая больница имени И. В. Русакова за 40 лет (1917—1957). Под редакцией заслуженного врача РСФСР В. А. Кружкова. Составители В. И. Великанова, Ю. А. Корчак-Чепурковский, Р. С. Новоселова, С. Л. Шапиро, М. А. Шишлянникова. Медгиз, М., 1957.

Проф. К. В. Майстрах. Советское здравоохранение за сорок лет. Институт санитарного просвещения Министерства здравоохранения СССР, М., 1957.

Б. Я. Смулевич. Заболеваемость, смертность и физическое развитие населения. Лекция третья из цикла «Состояние здоровья населения и методы его определения». Медгиз, М., 1957.

ХРОНИКА

МОСКОВСКОЕ НАУЧНОЕ ИСТОРИКО-МЕДИЦИНСКОЕ ОБЩЕСТВО в 1957 г.

За 1957 г. на заседаниях Общества было заслушано 22 доклада, вызвавших оживленные прения.

На заседании 31 января было сделано сообщение П. Е. Заблудовского на тему «Вопросы физиологии и гигиены в трудах Г. В. Плеханова». Докладчик коснулся критики Г. В. Плехановым представителей различных философских систем — французских материалистов, социалистов-утопистов, позитивистов, неокантианцев, эмпириокритиков, народников и др., которые в объяснении общественных явлений пытались опереться на природу человека, обращаясь к биологии, анатомии, антропологии, эмбриологии, физиологии и гигиене.

В прениях было отмечено ценное начинание П. Е. Заблудовского, обратившегося к философскому наследию Плеханова для освещения вопросов медицинских дисциплин, главным образом физиологии и гигиены.

На том же заседании Н. А. Мамуровская выступила с докладом «К истории медицинских книг при Петре I», основанном на изучении древнерусских рукописных лечебников, травников и фармакопей, а также изданий лечебника Лаврентия Блументроста и учебных медицинских пособий на латинском и немецком языках. Выступавшие отметили, что для изучения древнерусских рукописей врачу необходимо обладать специальным опытом чтения этих источников, умением определять по бумаге и почерку время их написания.

Заседание 6 февраля, проведенное совместно с Московским научным обществом невропатологов и психиатров, было посвящено 100-летию со дня рождения выдающегося русского невропатолога и психиатра Владимира Михайловича Бехтерева. Врачебная, научная и общественная деятельность В. М. Бехтерева была отражена в докладах Г. В. Архангельского, И. К. Зюзина, Л. М. Сухаребского и ближайшего ученика Бехтерева проф. В. Н. Мясищева.

28 февраля на заседании общества было заслушано два сообщения: Б. Д. Петрова «И. И. Мечников и здравоохранение» и Я. Ю. Любарского «Критические замечания о книге Д. М. Российского „История всеобщей и отечественной медицины и здравоохранения"».

В прениях по первому докладу указывалось, что в сообщении были подняты актуальные вопросы геронтологии.

О. В. Васильевская поделилась своими впечатлениями о посещении Института гериатрии академика Пархона в Румынии и о работах в этом институте Анны Аслан.

Второй докладчик, характеризуя первый том труда Д. М. Российского как весьма ценный справочник для историков медицины, вместе с тем указал на пропуск ряда важных источников и наличие в книге немалого числа ошибок. Доклад вызвал оживленные прения (Б. Д. Петров, И. Д. Страшун, С. Е. Сладкович, П. Е. Заблудовский, Е. Д. Ашурков и др.). Все выступавшие останавливались на большом значении книги Д. М. Российского для историков медицины и высказали ряд предложений по редактированию последующих томов во избежание отмеченных недостатков первого тома.

На заседании 28 марта был заслушан доклад Л. М. Сухаребского «Медицинская кинолетопись и ее значение для медицинской науки и организации здравоохранения». Докладчик сообщил об имевших место случаях уничтожения и исчезновения ценнейших документальных медицинских фильмов, заснятых советскими кинооператорами, и предложил сформировать медицинскую фильмотеку при Институте организации здравоохранения и истории медицины имени Н. А. Семашко, а также издать каталог этих фильмов. По предложению докладчика было принято решение просить об этом дирекцию института. После доклада Л. М. Сухаребского было продемонстрировано 2 фильма — «В песках Кара-Кумов» и «Операция проф. А. А. Вишневского на сердце».

Заседание 25 апреля было посвящено докладу проф. С. А. Якобсона «К столетию со дня рождения выдающегося русского хирурга и педагога Василия Ивановича Разумовского (1857—1935)». С дополнительными сообщениями о деятельности

В. И. Разумовского выступили Л. О. Каневский, Х. И. Идельчик, П. Е. Заблудовский, М. П. Мультановский и С. В. Разумовская.

На заседании 30 мая был поставлен на обсуждение доклад проф. И. Д. Страшуна «Вопросы истории медицины в статьях I тома 2-го издания Большой медицинской энциклопедии». Докладчик подробно осветил достоинства и недостатки исторических статей I тома БМЭ. Основные предложения докладчика по улучшению исторической части в последующих томах БМЭ сводились к следующему:

1) располагать исторический материал по основным проблемам;

2) полнее представлять современное состояние той или иной медицинской дисциплины за рубежом, подвергая критическому анализу общую идеологическую направленность, правильно оценивая имеющиеся достижения;

3) подробнее освещать состояние медицинской науки и здравоохранения в странах народной демократии;

4) по возможности ограничивать размер исторических очерков развития медицинских дисциплин за период до становления их самостоятельными отраслями медицинской науки;

5) тщательно освещать программные вопросы медицинских съездов, в частности русских.

По докладу проф. И. Д. Страшуна выступили многие члены общества (П. Е. Заблудовский, Л. О. Каневский, С. Е. Сладкович, А. П. Жук, М. К. Кузьмин, Ю. П. Лисицын, М. И. Барсуков), дополнившие доклад критическими замечаниями по поводу исторических обзоров I тома и внесших предложения в адрес Главной редакции БМЭ о повышении качества исторических статей, намеченных к публикации в очередных томах. Было постановлено доклад проф. И. Д. Страшуна и протокол заседания направить главному редактору БМЭ.

17 марта 1957 г. скончался известный американский прогрессивный историк медицины Генрих Зигерист (род. в 1891 г.). Его памяти был посвящен доклад Ю. П. Лисицына на заседании общества 6 июня. П. Е. Заблудовский зачитал выдержки из выступлений в печати Г. Зигериста по поводу необходимости продолжать издание американского «Индекс медикус». И. Д. Страшун рассказал о своих встречах с Г. Зигеристом в Дрездене в 1927 и 1930 гг. и во время приезда его в СССР в 1937—1938 гг. И. Д. Страшун отметил огромную научную эрудицию Г. Зигериста и знание им многих языков — русский язык был пятнадцатым по счету, который он изучил.

На заседании 27 июня проф. М. И. Барсуков сделал сообщение «О VIII съезде польских историков медицины в Варшаве» [1], происходившем 9—14 июня 1957 г. На этом съезде он выступал с докладом о развитии советской медицины и здравоохранения после Великой Октябрьской социалистической революции. Другой советский делегат — Б. Д. Петров — сделал на съезде сообщение по первому программному вопросу на тему «Состояние исследовательских работ и обучение истории медицины в разных странах» [2]. Делегат Белорусской ССР доцент Г. Р. Крючок представил исторический обзор традиционных связей польских и белорусских медиков.

На заседании 27 июня П. И. Заблудовский сделал пространный «Обзор зарубежной литературы последнего времени по истории медицины». Выступавшие в прениях отметили ценность сделанного сообщения и указали на необходимость ускорения выхода в свет изданий Отдела научной медицинской информации Института организации здравоохранения и истории медицины имени Н. А. Семашко («Медицинский реферативный журнал», «Информационный бюллетень» и «Информационный листок»).

Заседание 31 октября было посвящено 40-й годовщине Великой Октябрьской социалистической революции. Основной доклад на этом заседании был сделан проф. М. И. Барсуковым на тему «Узловые вопросы развития здравоохранения и медицинской науки за 40 лет Советской власти». Проф. М. И. Барсуков поделился своими воспоминаниями о встречах с В. И. Лениным в первые дни Великой Октябрьской социалистической революции, когда, будучи начальником Врачебно-санитарного отдела Петроградского военно-революционного комитета, он получил от Владимира Ильича ценнейшие указания о путях строительства и развития советского здравоохранения.

На заседании 28 ноября А. П. Жук сделал сообщение на тему «Реформатор больничного дела Алексей Терентьевич Тарасенков (1813—1873)». Выступавшие по этому докладу (Б. Д. Петров, П. Е. Заблудовский, А. В. Сигрист, Г. В. Архангельский, С. Е. Сладкович, М. М. Левит) указывали на значение рядовых деятелей медицины, которым принадлежит большая роль в развитии отечественного здравоохранения.

На том же заседании были заслушаны выступления П. Е. Заблудовского и Г. З. Рябова, посвященные памяти членов общества Л. О. Каневского и Т. И. Маслинковского, умерших в 1957 г.

На последнем заседании 26 декабря было сделано три сообщения: В. Ф. Черваков а «История судебной медицины в славянских странах народной демократии»,

---

[1] О подготовке советской делегации к участию в работе VIII съезда польских историков медицины проф. М. И. Барсуков сделал информационное сообщение на заседании Общества 6 июня.

[2] Б. Д. Петров. Съезд польских историков медицины. Медицинский работник, 1957, № 88 от 1 ноября.

Б. Д. Петрова «Гигиенический трактат Л. Корнаро „Опытом дознанное средство здорово и долго жить"» (к 400-летию со дня выхода в свет) и Э. Д. Грибанова «Памятные медали медицинских учреждений и деятелей медицины».

Эти сообщения, возбудившие живой интерес слушателей, привлекли большую аудиторию и вызвали широкий обмен мнениями.

Из наиболее значительных организационных вопросов, стоявших перед обществом в 1957 г., необходимо отметить создание в начале года бюро рецензирования (М. П. Мультановский, П. Е. Заблудовский и Л. О. Каневский), которому было поручено рецензирование работ по истории медицины и здравоохранению. Это бюро уже отчитывалось перед обществом о проделанной большой работе по рецензированию исторических очерков для многотомных изданий Медгиза, подготавливаемых к печати.

По инициативе правления общества Исполнительный комитет Московского городского совета депутатов трудящихся вынес постановление о сооружении мемориальной доски на доме № 35 по улице Чкалова, в котором родился выдающийся деятель отечественной медицины Сергей Петрович Боткин.

Г. З. Рябов

РЕДКИЕ РУКОПИСИ ПО МЕДИЦИНЕ

В 1957 г. в Ташкенте состоялась первая Всесоюзная конференция востоковедов, созванная Академией наук СССР и Академией наук Узбекской ССР. В семи секциях было заслушано 120 докладов, в том числе ряд докладов по «Канону врачебной науки» Ибн-Сины (Авиценны).

Интересные сообщения и доклады были сделаны в секции «Рукописное наследие народов Востока».

Кандидат филологических наук В. И. Беляев (Институт востоковедения АН СССР) сделал доклад на тему «О материалах по истории, науке и культуре народов Средней Азии в арабских рукописях собрания Института востоковедения АН СССР», вызвавший живейший интерес у слушателей. В рукописном фонде Института востоковедения АН СССР имеется значительное количество рукописей на арабском языке, в числе которых есть работы по истории медицины. Как на редкие рукописи докладчик указал на медицинские сочинения знаменитого медика и философа Авиценны и его переписку с Бируни и другими, а также на списки сочинений учителей и последователей Авиценны: труды ал-Масихи, врача-бухарца ал-Кумари, знаменитого медика Абу-л Касима, аз-Захрави, Ибн ал-Нафиса ал-Кураши, ал-Джагмини и др.

Интерес представляют и работы по медицине Наджиб ад-дина ас-Самарканди в комментариях ал-Кимани, придворного врача Улуг-бека, и объемистый труд «Книга исцеления» бухарского ученого медика Мухамеда Бакира ибн Мухамеда-Али (первая половина XVI века).

Приведенный здесь далеко не полный перечень работ дает основание оценивать собрание арабских рукописей Института востоковедения Академии наук СССР как сокровищницу ценнейших материалов, изучение которых составляет почетную задачу востоковедческой и медицинской наук.

На этой же секции был заслушан интересный доклад кандидата филологических наук М. С. Султанова (Баку) на тему «Редкие рукописи классиков народов Ближнего и Среднего Востока в рукописном фонде Академии наук Азербайджанской ССР». Докладчик сообщил, что в 1956 г. республиканским рукописным фондом Академии наук Азербайджанской ССР были приобретены две рукописи второго тома «Канона медицины» Абу Али Ибн-Сины (Авиценны). Одна из них переписана в 1142 г., вторая — в 1259 г.

Первая рукопись содержит разъяснение действий лекарственных растений и их изготовление. Во второй, более полной, представлены третья, четвертая и пятая книги второго тома «Канона». Переписчиком этой рукописи является известный медик XIII века Мансур-ибн Ибрагим-ибн Аби Саид Хамедани.

Несмотря на то, что эти рукописи переписаны 700—800 лет тому назад, они очень хорошо сохранились. Начиная с XVII века они бережно передавались из поколения в поколение в семье азербайджанского (шушинского) медика Гаибова.

В рукописном фонде хранятся также многочисленные рукописи по истории медицины азербайджанского народа. Среди них особо можно отметить рукописи Магомета Юсифа Ширвани и Мухаммеда Бергюшади, написанные на азербайджанском языке в XVIII и XIX веках, в которых описываются симптомы всевозможных болезней и способы их лечения.

С. Г. Ютландов

СОДЕРЖАНИЕ

Историко-медицинская работа в СССР
Вогралик В. Г. Из истории китайской народной медицины . . . 3
Крамчанинов Н. Ф. Из истории здравоохранения Казахстана . . 13
Петряев Е. Д. Медицинская помощь на крайнем северо-востоке Сибири в начале XIX столетия . . 17
Пасюков Ф. В. Селиванов В. И. Врач-большевик Иван Васильевич Русаков (К 80-летию со дня рождения) 21
Якубова Е. Н. Г. Ф. Ланг — крупнейший организатор советского здравоохранения (К 10 летию со дня смерти) 25
Оборин Н. А. Львовские украинские шпитали XVI—XVIII веков (К 700-летию основания Львова) . . . 30
Парсаданян Р. С. Левон Тигранян (К 50-летию со дня смерти) . . . 34
Рафес Ю. И. Выдающийся польский врач Владислав Беганьский . . 38
Мультановский М. П. Опыт преподавания истории медицины в вузе 40

Догле Н. В. Динамика заболеваемости и смертности от туберкулеза по городам Российской Федерации . 45
Берлин В. И. Опыт изучения общей заболеваемости населения сельского района (по материалам Плюсского района Псковской области за 1955 г.) 49
Клебанов Я. А. Опыт работы санитарно-эпидемиологической службы Южно-Казахстанской области . . 55

Критика и библиография

Загорская Е. Д. Рецензия на книгу А. М. Меркова «Санитарная статистика в Союзе ССР за 40 лет (1917—1957)». 58
Невский В. А. Рецензия на библиографический справочник по польской медицинской литературе Станислава Конопки 59

Хроника

Рябов Г. З. Московское научное историко-медицинское общество в 1957 г. 61
Ютландов С. Г. Редкие рукописи по медицине 63

CONTENTS

Historic-Medical Work in the USSR
Vogralik, V. G.: From the History of Chinese Domestic Medicine
Kramchaninov, N. F.: From the History of Kazakhstan's Public Health
Petryaev, E. D.: Medical Aid in the Far North-East of Siberia at the Onset of the XIX Century
Pasyukov, F. V., Selivanov, V. I.: Physician-Bolshevik Ivan Vasilievich Rusakov (to the 80th birthday)

Yakubova, E. N.: G. F. Lang—the Greatest Organizer of the Soviet Public Health (to the 10th anniversary of death)

Oborin, N. A.: The Lvov Ukranian Hospitals of the XVI—XVIII Century (to 700th anniversary of Lvov's foundation)
Parsadanyan, R. S.: Levon Tigranyan (to the 50th anniversary of death)
Rafes, Yu. I.: The Outstanding Polish Physician — Vladislav Begansky
Multanovsky, M. P.: Experience of Teaching the History of Medicine in Medical Institutes
Dogle, N. V. The Dynamics of Morbidity and Mortality from Tuberculosis in Towns of the Russian Federation
Berlin, V. I.: Experience of Studying the General Morbidity of the Population of a Rural District (Data of the Plyusky District of Pskov Region for 1955)
Klebanov, Ya. A.: Experience of Work of the Sanitary-Epidemiologic Service of the South-Kazakhstan Region

Book Reviews and Bibliography

Zagorskaya, E. D.: A Review on A. M. Merkov's Book «Sanitary Statistics in the USSR for 40 Years (1917—1957)»

Nevsky, V. A.: A Review on Bibliographical Reference Book on Polish Medical Literature of Stanislav Konopka

Current Events

Ryabov, G. Z.: The Moscow Scientific Medico-Historical Society in 1957
Yutlandov, S. G.: Rare Manuscripts on Medicine

Техн. редактор *Н. А. Бульдяев* Корректор *М. Х. Хабусева*

Сдано в набор 18/II 1958 г. Подписано к печати 28/III 1958 г.
Формат бумаги 70 × 108¹/₁₆ = 2,0 бум. л. 5,48 печ. л. 5,84 уч.-изд. л.
Тираж 11 101 экз. Т 02587

Медгиз, Москва, Петровка, 12.
Заказ 444 2-я типография Медгиза, Кривоколенный, 12

9769

3 руб.

16 АПР 1958

Всесоюзная
Книжная палата
Обязат. экземпл.
1958 г.